

Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διατριβή



Η Αξιοποίηση Πληροφοριακών Συστημάτων Μέσω Σχεδιασμού Πλατφόρμας Ενημέρωσης Και Διασύνδεσης Των Εργασιακών Δικαιωμάτων Για Ασθενείς Με Καρκίνο

Αριστέα Αρχοντίδου

Επιβλέπων Καθηγητής,
Μιχάλης Τάλιας

Ιούνιος 2021

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Η Αξιοποίηση Πληροφοριακών Συστημάτων Μέσω Σχεδιασμού
Πλατφόρμας Ενημέρωσης Και Διασύνδεσης Των Εργασιακών
Δικαιωμάτων Για Ασθενείς Με Καρκίνο**

Αριστέα Αρχοντίδου

Επιβλέπων Καθηγητής,
Μιχάλης Τάλιας

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκηση του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ιούνιος 2021

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, για την οποία πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι μια αποτύπωση του πλαισίου, στο οποίο καλείται να λειτουργήσει σήμερα ένας εργαζόμενος μόλις διαγνωστεί με καρκίνο, των πληροφοριών που θα χρειάζεται να διαθέτει και των ενεργειών που θα πρέπει να κάνει όσον αφορά τα δικαιώματά του της εργασίας του. Όλα αυτά, φυσικά, λαμβάνοντας υπόψιν την επίδραση της ασθένειας σε ψυχοκοινωνικό, σωματικό και οικονομικό επίπεδο. Σημαντικό είναι ότι το εύρος των μελετών σε θέματα δικαιωμάτων και διαδικασιών των εργαζομένων ασθενών κατά την διάγνωση του καρκίνου, την θεραπεία, την αποκατάσταση και την επιστροφή στην εργασία από ξένη βιβλιογραφία είναι μεγάλο, ενώ δεν βρέθηκαν σχετικές έρευνες για εργαζόμενους ασθενείς με καρκίνο στην ελληνική βιβλιογραφία. Διαπιστώθηκε ότι άντληση πληροφοριών, μπορεί να γίνει κυρίως από πηγές συλλόγων ασθενών και παρατηρήθηκε ότι η ενημέρωση από το κράτος είναι στοιχειώδης έως μηδαμινή. Παρουσιάζονται οι επιπτώσεις που έχει η ασθένεια όσον αφορά τον παράγοντα «εργασία» και αναλύονται τα εμπόδια, οι καλές πρακτικές και οι παρεμβάσεις που συναντώνται στην ενδοχώρα και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, αναφορικά με την απασχόληση και την επιστροφή σε αυτήν, μετά από διάγνωση καρκίνου. Επίσης, εντοπίζεται και αποτυπώνεται ένα σημαντικό τμήμα των διαδικασιών, των παροχών αδειών και επιδομάτων από ασφαλιστικούς και άλλους φορείς της Ελλάδας, όπως επίσης καταγράφονται περιληπτικά ορισμένα από τα εμπόδια που αντιμετωπίζει στην εργασία του ο ασθενής με καρκίνο. Μέσω των ψηφιακών διευκολύνσεων που έχουν αναπτυχθεί τον τελευταίο καιρό στην Ελλάδα, σχεδιάστηκε μια υπηρεσία διασύνδεσης και διαλειτουργικότητας, για την διευκόλυνση και την απλοποίηση των διαδικασιών μεταξύ του εργαζόμενου ασθενή, του ασφαλιστικού φορέα, του κράτους και του ευρύτερου εργασιακού περιβάλλοντος του, μέσω των πληροφοριακών συστήματος της ΗΔΙΚΑ, του e- ΕΦΚΑ και άλλων φορέων, για έγκυρη και άμεση ενημέρωση σχετικά με την εργασία και την επιστροφή σε αυτήν.

Λέξεις – κλειδιά : ασθενής με καρκίνο, επιβίωσαντας, εργασία, επιστροφή, αποκατάσταση, καρκίνος, δικαιώματα, πολιτική υγείας, διαλειτουργικότητα, ασφάλιση, επιδόματα, αναρρωτική άδεια, ηλεκτρονικές υπηρεσίες, ψηφιακός μετασχηματισμός

Summary

The purpose of this postgraduate thesis, for which a bibliographical review has been carried out, is to illustrate the context in which an employee is called upon to operate today once he is diagnosed with cancer, the information he will need to have and the actions he will have to take with regard to his rights in the context of his employment. All these, taking into account the effect of the disease on a psychosocial, physical and economic level. Importantly, the range of studies on the rights and procedures of working patients during cancer diagnosis, treatment, rehabilitation and return to work from foreign literature is wide, while no relevant research was found on working cancer patients in the Greek literature. It was established that we gather information mainly from patient association sources and it has been observed that information from the state is elementary to minimal. The effects of the disease on the “employment” factor are presented and the obstacles, good practices and interventions encountered in other European countries with regard to employment and return to it after a cancer diagnosis are analysed. An important part of the procedures, the benefits of leave and as well as those allocated from insurance carriers and other institutions in Greece are also identified upon, as well as some of the obstacles faced in the employment context by the cancer patient. Through the digital facilities that have recently been developed in Greece, a service/tool for interconnection and interoperability was designed to facilitate and simplify the procedures between the employee, the insurance carrier, the state and the wider working environment, through the information systems of HDIKA, e-EFKA and other services and funds for valid and immediate information on employment and return to it.

Keywords: cancer patient, survivor, employment, return, rehabilitation, cancer, rights, health policy, interoperability, insurance, benefits, sick leave, digital services, digital transfer

Στη Λένα

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές και τους υπεύθυνους του τμήματος «Πολιτικής Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» για το πολύτιμο υλικό και για τις καθοδηγήσεις τους αυτά τα έτη, όπως επίσης και στα μέλη της Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής, και συγκεκριμένα στους καθηγητές Τάλια Μιχάλη, Νικόλαο και Πέτρο Δημητρίου.

Θεωρώ χρέος μου να ευχαριστήσω τον Σύλλογο Καρκινοπαθών και Φίλων Νομού Έβρου «ΣυνεχίΖΩ» για τις ευκαιρίες και τις δυνατότητες που μου έδωσαν να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο θέμα και πάνω από όλα για τη συνεργασία μας σε θέματα ενημέρωσης για τον καρκίνο, όπως επίσης και την Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.) για τις ευκαιρίες εκπαίδευσης που μου έδωσαν ώστε να συλλέξω πληροφορίες εντός και εκτός Ελλάδος και να τις εντάξω στην μεταπτυχιακή μου διατριβή.

Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες στις νοσηλεύτριες της βραχείας νοσηλείας και της αιματολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, στους γιατρούς Μαργαρίτη Δ. και Παπουτσέλη Μ. και στην Αλεξία Αράπη για την φροντίδα, την περίθαλψη και την πολύτιμη βοήθεια τους.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ τους φίλους που μου συμπαραστεκόταν κατά τη διάρκεια των θεραπειών και στους φίλους μου που στάθηκαν στο πλευρό μου και με στηρίζουν καθ'όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, ευχαριστώ πάνω απ' όλα την οικογένεια μου για την στήριξη και τη δύναμη που μου έδωσαν όλο αυτό το διάστημα.

Περιεχόμενα

| | |
|--|-----|
| Περίληψη..... | iv |
| Summary..... | v |
| Ευχαριστίες..... | vii |
| Κατάλογος Συντομογραφιών..... | xii |
| Εισαγωγή..... | 2 |
| Κεφάλαιο 1..... | 5 |
| Καρκίνος, εργασία κατά την ασθένεια και πολιτικές υγείας..... | 5 |
| 1.1 Ο καρκίνος ως κοινή προσέγγιση..... | 5 |
| 1.2 Τι είναι καρκίνος;..... | 6 |
| 1.3 Επιπτώσεις του καρκίνου..... | 7 |
| 1.3.1 Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου..... | 7 |
| 1.3.2 Επιπτώσεις κατά τη διάρκεια θεραπείας του καρκίνου στην εργασία..... | 9 |
| 1.3.3 Επιπτώσεις μετά το πέρας των θεραπειών στην εργασία..... | 13 |
| 1.4 Δικαιώματα ασθενών με καρκίνο..... | 15 |
| 1.5 Πολιτικές για τον καρκίνο..... | 16 |
| 1.6 EU Cancer Plan 2021-2025..... | 19 |
| Κεφάλαιο 2..... | 22 |
| Δικαιώματα εργαζόμενων ασθενών & ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον..... | 22 |
| 2.1 Αναγκαιότητα καταγραφής στοιχείων για εργαζόμενους ασθενείς..... | 22 |
| 2.1.1 Δράσεις σχετικά με μητρώα ασθενών με καρκίνο στην Ελλάδα..... | 23 |
| 2.2 Τι ισχύει για τον ασθενή με καρκίνο..... | 25 |
| 2.2.1 Ελλάδα..... | 26 |
| 2.2.2 Ευρώπη..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 2.3 Ποιο είναι το πλαίσιο πληροφόρησης για θέματα εργασίας σχετικά με άδειες και επιδόματα; Από που μπορεί να αντλήσει πληροφορίες;..... | 30 |
| 2.3.1 Οργανώσεις και Σύλλογοι ασθενών | 31 |
| 2.4 Δικαιώματα εργαζομένων και παροχές..... | 32 |
| 2.4.1 Ασθένεια και αναρρωτική άδεια | 33 |
| 2.4.1.1. Ιδιωτικοί υπάλληλοι | 33 |
| 2.4.1.2 Δημόσιοι υπάλληλοι..... | 34 |
| 2.4.1.3 Εργαζόμενοι στις ένοπλες δυνάμεις | 36 |
| 2.4.1.4 Αυτοαπασχολούμενοι..... | 37 |
| 2.4.2. Δικαίωμα ειδικής άδειας..... | 37 |
| 2.4.3 Μειωμένο ωράριο..... | 38 |
| 2.4.4 Επίδομα ασθένειας | 38 |
| 2.4.5 Δικαίωμα λήψεως ετήσιας αδειας και επιδόματος αδειας..... | 45 |
| 2.4.6 Διαθεσιμότητα δημοσίων υπαλλήλων λόγω ασθένειας και επιδόματα..... | 46 |
| 2.5 Διαδικασίες χορήγησης επιδομάτων ασθένειας, αναπηρίας και αναρρωτικών αδειών..... | 48 |
| 2.5.1. Διαδικασίες χορήγησης επιδομάτων ασθένειας μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας e-ΕΦΚΑ για ασφαλισμένους του τ. ΙΚΑ – ΕΤΑΜ | 49 |
| 2.5.2. Χορήγηση επιδομάτων αναπηρίας | 51 |
| 2.5.3. Ηλεκτρονική έκδοση γνωμάτευσης αναρρωτικής άδειας | 52 |
| 2.6 Εμπόδια και δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο στην εργασία τους – Διαδικασίες, απασχόληση και επιστροφή..... | 53 |
| 2.7 Εργαζόμενοι ασθενείς με καρκίνο και COVID-19..... | 55 |
| 2.7.1. Μέτρα προφύλαξης στον εργασιακό χώρο και άδειες | 56 |

| | |
|--|----|
| 2.7.2. Σχετικά με την τηλεργασία..... | 59 |
| 2.8 Εργασιακό περιβάλλον και φροντιστές | 60 |
| 2.8.1 Φροντιστές..... | 60 |
| 2.8.2 Εργοδότες και συνάδελφοι | 62 |
| 2.9 Παρεμβάσεις και καλές πρακτικές από χώρες της ΕΕ για την υποστήριξη της αποκατάστασης & της επιστροφής στην εργασία έπειτα από διάγνωση καρκίνου | 64 |
| Κεφάλαιο 3 | 68 |
| Διαλειτουργικότητα και πληροφοριακά συστήματα | 68 |
| 3.1 Διαλειτουργικότητα και φορείς..... | 68 |
| 3.2 Πληροφοριακά συστήματα | 69 |
| 3.2.1 Πληροφοριακό Σύστημα e-ΕΦΚΑ | 70 |
| 3.2.2 ΗΔΙΚΑ..... | 71 |
| 3.2.2.1 ΑΜΚΑ | 72 |
| 3.2.2.2 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση | 72 |
| 3.2.2.3 Άυλη συνταγογράφηση | 73 |
| 3.2.2.4 Διεθνής κατηγοριοποίηση ασθενειών ICD 10..... | 74 |
| 3.3 Ψηφιακή διακυβέρνηση..... | 74 |
| 3.3.1 Βίβλος ψηφιακού μετασχηματισμού | 75 |
| 3.3.2 GOV.GR | 76 |
| Κεφάλαιο 4 | 78 |
| Σχεδιασμός υπηρεσιών διαλειτουργικότητας..... | 78 |
| 4.1 Ανάγκες και περιορισμοί στην εύρεση πληροφοριών για ασθενείς με καρκίνο | 78 |

| | |
|---|----|
| 4.2 Ευκαιρίες και στόχοι επίλυσης ζητημάτων σχετικά με την πληροφόρηση και την απλοποίηση διασύνδεσης διαδικασιών | 79 |
| 4.3 Υπηρεσίες διασύνδεσης και ενημέρωσης | 81 |
| 4.3.1 Διασύνδεση πληροφοριών εργασιακών δικαιωμάτων | 83 |
| 4.3.2 Διασύνδεση λοιπών πληροφοριών | 87 |
| 4.3.3 Διαλειτουργικότητα διαδικασιών χορήγησης παροχών | 89 |
| 4.4 Παράγοντες και φορείς που μπορούν να διευκολύνουν με παρεμβάσεις..... | 90 |
| Κεφάλαιο 5 | 92 |
| Συμπεράσματα..... | 92 |
| 5.1 Συμπεράσματα..... | 92 |
| 5.2 Περιορισμοί..... | 93 |
| 5.3 Προτάσεις..... | 94 |
| Βιβλιογραφία | 97 |

Κατάλογος Συντομογραφιών

ΑΜΕ Αριθμός Μητρώου Εργοδότη
ΑΜΚΑ Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΑΦΜ Αριθμός Φορολογικού Μητρώου
ΒΨΜ Βίβλος Ψηφιακού Μετασχηματισμού
Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Αγ. Σάββας» Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»
Γ.Σ.Ε.Ε. Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
Ε.Ε (Ε.Υ.) Ευρωπαϊκή ένωση
Ε.Ε. Ευρωπαϊκή Επιτροπή
ΕΙΝΕ Εθνικό Ινστιτούτο Νεοπλασιών
Ε.Κ. (Ε.Σ) Ευρωπαϊκή Κοινότητα
Ε.Κ. (ΕΡ/ΡΕ) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο
ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής & Ασφάλειας της Εργασίας
ΕΛΛ.Ο.Κ. Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου
Ε.Ο.ΔΥ. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
Η.ΔΙ.ΚΑ Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
ΚΕ. Π.Α. Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας
ΚΕΠΕΑ. Κέντρο Πληροφόρησης Εργαζομένων & Ανέργων της Γ.Σ.Ε.Ε.
Κ.Μ.Ε.Σ. Κεντρική Μονάδα Επεξεργασίας Συνταγών
ΜΜΕ Μικρό Μεσαίες Επιχειρήσεις
ΟΠΕΚΑ Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΥΚ Υπαλληλικός Κώδικας
e-ΕΦΚΑ Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ECPC European Cancer Patient Coalition
ESMO European Society for Medical Oncology
EU – OSHA, European Agency for Safety and Health at Work – Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία
ICD International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Εισαγωγή

Με βάση τα τελευταία στοιχεία, έχει αυξηθεί το ποσοστό των ασθενών που επιβιώνουν από την νόσο του καρκίνου και πλέον επιβάλλεται να δίνουμε σημασία, στο πόσο καλά ζουν και όχι μόνο στο πόσο ζουν. Η επιβίωση μετά τον καρκίνο οδηγεί σε νέες προκλήσεις σχετικά με την απασχόληση και την εργασία, που μπορούν να αποβούν καθοριστικές για την παγκόσμια οικονομία, δεδομένων των αυξανόμενων αναγκών των ασθενών και των επιπτώσεων που αυτές έχουν στην θεραπεία τους, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Τόσο η επιβίωση ανθρώπων μετά τον καρκίνο όσο και το εργασιακό πλαίσιο τους, μπορούν να αξιολογηθούν από διαφορετικές οπτικές/προσεγγίσεις: α) του επιβιώσαντα (π.χ. η υγεία του, η ποιότητα ζωής του, η ικανότητα του να εργασθεί, η επιστροφή στην εργασία, η ικανοποίηση που λαμβάνει στα πλαίσια της εργασίας του, η εργασιακή προκατάληψη), β) του φροντιστή και της οικογένειας του ασθενή (π.χ. το βάρος της φροντίδας, προβλήματα συμβίωσης και συντροφικότητας, οικονομικά θέματα, ο κίνδυνος φτωχοποίησης), γ) του εργοδότη και των συναδέλφων (π.χ. οι συνθήκες και ο φόρτος εργασίας, οι εργασιακές διευθετήσεις), δ) του παρόχου ασφαλιστικής φροντίδας (π.χ. υποστηρικτική φροντίδα και ανάγκες αποκατάστασης, αποτελεσματικά προγράμματα και παρεμβάσεις στήριξης) και ε) του κοινωνικού περίγυρου και της κοινωνίας (π.χ. οικονομικές και θεσμικές αλλαγές) (Mehnert et al., 2013).

Αντικείμενο μελέτης της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής είναι η καταγραφή των επιπτώσεων του καρκίνου στην απασχόληση, η χαρτογράφηση των διαδικασιών για την εύρεση πληροφοριών σχετικά με τα δικαιώματα ενός εργαζομένου με διάγνωση καρκίνου και ο σχεδιασμός ψηφιακών υπηρεσιών ενημέρωσης μέσω διαλειτουργικότητας, με στόχο την παροχή άμεσης και έγκυρης πληροφόρησης για τις προβλεπόμενες διαδικασίες, περί χορήγησης αδειών και επιδομάτων.

Η προσέγγιση αυτού του θέματος περιέχει ζητήματα εργασιακού και βιοποριστικού επιπέδου, που καλείται να λύσει ένας ασθενής που μόλις διαγνώστηκε με καρκίνο, έχοντας μαζί να αντιμετωπίσει τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες της ασθένειας και των θεραπειών της. Η ρύθμιση των παραμέτρων της εργασίας ενός ασθενή με καρκίνο, είτε μπορεί να την συνεχίσει είτε όχι, και η χορήγηση άυλων και υλικών παροχών, είναι ζητήματα που δεν αφορούν μόνο τον ίδιο, αλλά επίσης την οικογένειά του, τους φροντιστές του, τον εργοδότη

του και το ευρύτερο εργασιακό του περιβάλλον. Αναλογιζόμενοι την εκτίμηση των ειδικών, ότι ένας στους δύο ανθρώπους θα συναντήσει την νόσο του καρκίνου στο έμμεσο ή άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον, αποτελεί επίσης ζήτημα του κράτους και του κοινωνικού συνόλου. Είναι σημαντικό να δοθεί βαρύτητα στην απασχόληση, διότι έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει σημαντικά στην θετική εξέλιξη της νόσου και σε γενικές γραμμές στην επανένταξη.

Η αναγνώριση της σπουδαιότητας της παροχής άμεσης και έγκυρης ενημέρωσης, οδήγησε στην ιδέα για τον σχεδιασμό ηλεκτρονικών υπηρεσιών – εργαλείων, μέσω των οποίων εργαζόμενοι ασθενείς με διάγνωση καρκίνου, θα λαμβάνουν εύκολα και άμεσα πληροφόρηση, σχετικά τα εργασιακά δικαιώματά τους και λοιπά χρήσιμα στοιχεία. Ο ασθενής θα έχει τη δυνατότητα να προσπελάσει τις συγκεκριμένες πληροφορίες, μέσω υπολογιστών και έξυπνων συσκευών, αντί έντυπων οδηγιών ή προφορικής πληροφόρησης (την οποία εύκολα ξεχνά). Η παρουσίαση των πληροφοριών με σαφείς και κατανοητούς όρους σε ψηφιακή μορφή, θα καταστήσει αποτελεσματική την ενημέρωση, θα βοηθήσει στην αμεσότητα ανανέωσης πληροφοριών, από τυχόν αλλαγές των διαδικασιών των εμπλεκόμενων φορέων και υπηρεσιών, όπως επίσης θα διευκολύνει την άμεση παραπομπή σε χρήσιμους ιστοτόπους (π.χ. e-ΕΦΚΑ). Επιπλέον προτείνονται συστάσεις για την διευκόλυνση διαδικασιών μέσω διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών συστημάτων, με σκοπό την άμεση εξυπηρέτησή του, ώστε να αποφευχθεί η περαιτέρω ταλαιπωρία του ή του φροντιστή του, κατά την προσκόμιση εγγράφων σε ασφαλιστικούς φορείς και υπηρεσίες.

Για στην παρούσα διατριβή πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση από πηγές υπουργείων, φορέων, συλλόγων ασθενών, από τις βάσεις δεδομένων: PubMed, Springer, PMC, ScienceDirect, Elsevier, ResearchGate, IOSPress και ACS JOURNAL (εκ των οποίων ελάχιστες προσπελάστηκαν μέσω OpenAthens), Google Scholar καθώς και από το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο περί δικαιωμάτων εργαζόμενων ασθενών στην Ελλάδα και σε Ευρωπαϊκές χώρες. Οι κύριες λέξεις – φράσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην αγγλική γλώσσα ήταν cancer and employment, cancer patient rights, cancer survivor, rehabilitation, work after cancer και στην ελληνική ασθενής με καρκίνο, επίδομα, αναρρωτική άδεια, δικαίωμα ασθενή, διαλειτουργικότητα, ασφάλιση, επιστροφή στην εργασία. Η αναζήτηση έγινε στον τίτλο και στη συνέχεια στην περίληψη.

Η εργασία χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ασθένεια του καρκίνου, στις επιπτώσεις που έχει στην ζωή ενός εργαζομένου και περιγράφονται έρευνες επί του θέματος. Παρουσιάζονται επίσης, πρακτικές και πολιτικές υγείας σχετικά με την αποκατάσταση και την επιστροφή στην απασχόληση στην Ευρώπη. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην αναγκαιότητα καταγραφής στοιχείων για ασθενείς με καρκίνο, συγκεντρώνονται τα εργασιακά δικαιώματα ασθενών γενικά και εν καιρό πανδημίας COVID-19, παρουσιάζεται το πλαίσιο από το οποίο μπορεί να αντλήσει πληροφορίες, αναφέρονται οι διαδικασίες περί αναρρωτικών αδειών, παροχές επιδομάτων, αναλύονται τα εμπόδια που υπάρχουν στην εργασία και κατά την επιστροφή σε αυτήν και διατυπώνονται παρεμβάσεις και καλές πρακτικές από Ευρωπαϊκές χώρες. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η αξιοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων μέσω διαλειτουργικότητας και ψηφιακής διακυβέρνησης και αναλύονται έννοιες και εφαρμογές, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διευκόλυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Στο τέταρτο κεφάλαιο διατυπώνεται ο σχεδιασμός υπηρεσιών πληροφόρησης και διασύνδεσης περί εργασιακών θεμάτων και δικαιωμάτων, για εργαζομένους με διάγνωση καρκίνου. Και τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα, οι περιορισμοί αλλά και οι προτάσεις προς το κράτος, για διευκόλυνση, απλούστευση διαδικασιών, χάραξη πολιτικών και μελλοντική ερευνητική προσπάθεια.

Κεφάλαιο 1

Καρκίνος, εργασία κατά την ασθένεια και πολιτικές υγείας

1.1 Ο καρκίνος ως κοινή προσέγγιση

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (E.U.), ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές νόσους. Κάθε χρόνο 2,6 εκατομμύρια άτομα διαγιγνώσκονται με τη νόσο, η οποία προξενεί τον θάνατο 1,2 εκατομμυρίων ατόμων (βλ. Πίνακας 2.1). Λαμβάνοντας υπόψιν ότι στην Ευρώπη διαγιγνώσκεται το ένα τέταρτο των συνολικών περιστατικών καρκίνου και λιγότερο από το 10% της υψηλίου, είναι προφανές ότι ο καρκίνος αποτελεί μεγάλη απειλή για την κοινωνία. Το σύνολο του οικονομικού αντίκτυπου του καρκίνου ετησίως στην Ευρώπη, ανέρχεται σε 100 δισεκατομμύρια ευρώ. Δεδομένων των εκθέσεων για την κατάσταση της υγείας στην E.U., ο καρκίνος είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες πρόωρων θανάτων στην E.U. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή).

Περίπου το ήμισυ των ανθρώπων που διαγιγνώσκονται με καρκίνο βρίσκεται σε ηλικία εργασίας. Παρόλο που τα περιστατικά καρκίνου έχουν διαφορές ανά περιοχή στην Ευρώπη, οι πιο συχνές μορφές είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, του προστάτη και του παχέος εντέρου. Αυτοί οι τύποι καρκίνου εκτιμάται ότι αποτελούσαν πάνω από το μισό του συνολικού αντίκτυπου του καρκίνου στην Ευρώπη το 2012 (EU – OSHA, 2018).

Πίνακας 1.1: Αιτίες θανάτου – κακοήγη νεοπλασμάτα, κάτοικοι, 2017

Causes of death — malignant neoplasms, residents, 2017

| | Number of deaths (number) | Share of all deaths | | | Standardised death rates | | | | |
|------------------|------------------------------|---------------------|-------------|-------------|---------------------------|--------------|--------------|-------------------------|-------------------------|
| | | Total | Males | Females | Total | Males | Females | Persons aged < 65 years | Persons aged ≥ 65 years |
| | | (%) | | | (per 100 000 inhabitants) | | | | |
| EU-27 (*) | 1 167 672 | 25.8 | 29.0 | 22.6 | 257.1 | 344.0 | 196.2 | 77.3 | 999.3 |
| Belgium | 26 743 | 24.6 | 27.6 | 21.7 | 240.1 | 312.4 | 189.7 | 65.3 | 961.6 |
| Bulgaria | 17 371 | 16.0 | 18.0 | 13.9 | 232.8 | 319.4 | 172.4 | 94.0 | 805.7 |
| Czechia | 27 331 | 24.6 | 27.1 | 22.0 | 275.8 | 372.9 | 211.7 | 75.3 | 1 103.6 |
| Denmark | 15 618 | 29.4 | 31.0 | 27.8 | 287.9 | 348.4 | 245.3 | 66.6 | 1 201.5 |
| Germany | 228 040 | 24.4 | 26.8 | 22.0 | 248.0 | 315.9 | 201.2 | 69.4 | 985.5 |
| Estonia | 3 820 | 24.7 | 27.8 | 21.9 | 289.2 | 455.9 | 209.0 | 80.6 | 1 150.7 |
| Ireland | 9 126 | 30.0 | 31.3 | 28.7 | 270.9 | 324.7 | 231.7 | 64.2 | 1 124.3 |
| Greece | 29 833 | 24.1 | 29.0 | 19.0 | 246.7 | 339.8 | 172.6 | 73.3 | 962.5 |
| Spain | 108 887 | 25.8 | 31.1 | 20.4 | 228.5 | 326.3 | 156.2 | 68.5 | 888.7 |
| France (*) | 163 919 | 27.6 | 31.5 | 23.8 | 243.8 | 332.7 | 180.2 | 77.4 | 930.7 |
| Croatia | 13 731 | 25.6 | 30.2 | 21.4 | 323.3 | 458.1 | 237.0 | 99.9 | 1 245.2 |
| Italy | 169 929 | 26.3 | 30.7 | 22.2 | 239.3 | 317.6 | 185.0 | 61.4 | 973.9 |
| Cyprus | 1 419 | 23.5 | 25.9 | 20.7 | 211.8 | 274.5 | 162.3 | 56.4 | 853.4 |
| Latvia | 5 992 | 21.0 | 24.0 | 18.3 | 298.7 | 476.6 | 213.2 | 101.2 | 1 114.1 |
| Lithuania | 7 950 | 20.1 | 23.0 | 17.4 | 274.2 | 430.1 | 193.9 | 94.2 | 1 017.1 |
| Luxembourg | 1 090 | 26.8 | 28.3 | 25.3 | 238.3 | 296.6 | 203.8 | 54.2 | 998.4 |
| Hungary | 32 829 | 25.0 | 27.7 | 22.4 | 342.1 | 470.0 | 263.6 | 128.3 | 1 225.1 |
| Malta | 951 | 26.6 | 29.3 | 23.8 | 224.6 | 287.8 | 179.6 | 61.6 | 897.5 |
| Netherlands | 44 986 | 30.2 | 34.2 | 26.4 | 279.9 | 353.8 | 229.8 | 71.2 | 1 141.8 |
| Austria | 20 312 | 24.7 | 28.2 | 21.6 | 236.2 | 307.4 | 188.2 | 64.1 | 946.8 |
| Poland | 99 698 | 24.7 | 26.2 | 23.1 | 293.6 | 406.6 | 224.5 | 92.0 | 1 126.1 |
| Portugal | 27 455 | 25.0 | 29.8 | 20.2 | 245.2 | 357.0 | 168.0 | 81.5 | 921.1 |
| Romania | 51 631 | 19.9 | 22.5 | 17.0 | 276.5 | 383.0 | 199.0 | 114.7 | 944.4 |
| Slovenia | 6 376 | 31.3 | 35.6 | 27.2 | 308.1 | 429.2 | 232.6 | 84.3 | 1 231.7 |
| Slovakia | 13 790 | 25.7 | 28.2 | 23.0 | 314.9 | 446.6 | 233.6 | 94.9 | 1 223.1 |
| Finland | 12 369 | 23.5 | 25.2 | 21.8 | 219.2 | 282.8 | 178.3 | 53.0 | 905.1 |
| Sweden | 22 959 | 25.1 | 26.8 | 23.5 | 231.6 | 274.3 | 203.6 | 49.8 | 981.8 |
| United Kingdom | 167 490 | 27.4 | 29.7 | 25.2 | 273.6 | 334.1 | 230.4 | 65.6 | 1 132.1 |
| Iceland | 590 | 26.8 | 27.6 | 26.0 | 237.5 | 271.4 | 214.2 | 51.1 | 1 007.1 |
| Liechtenstein | 64 | 26.3 | 27.9 | 24.8 | 186.0 | 219.9 | 160.0 | 55.7 | 724.3 |
| Norway | 10 917 | 27.0 | 29.9 | 24.4 | 241.7 | 297.7 | 205.1 | 54.1 | 1 015.9 |
| Switzerland | 17 310 | 26.0 | 29.6 | 22.6 | 214.8 | 278.8 | 171.3 | 50.9 | 891.4 |
| Serbia | 21 495 | 20.8 | 23.4 | 18.1 | 296.6 | 381.2 | 233.6 | 114.2 | 1 049.4 |
| Turkey | 78 904 | 19.2 | 22.9 | 14.8 | 196.1 | 290.4 | 124.1 | 63.6 | 742.8 |

(*) 2016.

Source: Eurostat (online data codes: hlth_cd_aro and hlth_cd_asdr2)

eurostat 

Πηγή: Eurostat, Statistics Explained, 2020 [Online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/el]

Επίσης, η ασθένεια αυτή ασκεί πίεση στα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής προστασίας, όπως και στους κρατικούς προϋπολογισμούς και φυσικά δεν αφήνει ανεπηρέαστες την οικονομική ανάπτυξη και την παραγωγικότητα. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποστηρίζει ότι απαιτούνται πιο ανθεκτικά συστήματα υγείας των χωρών μελών και χρειάζεται κυρίως χάραξη πολιτικής βάσει στοιχείων, ώστε να διασφαλιστεί ότι όλοι οι ευρωπαίοι πολίτες έχουν ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, όσον αφορά την πρόληψη, τα διαγνωστικά μέσα, τη θεραπεία και την παροχή περίθαλψης μετά τη θεραπεία του καρκίνου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή).

1.2 Τι είναι καρκίνος;

«Με τον όρο «καρκίνος» ή «(κακοήθεις) νεοπλασίες» περιγράφεται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και

διαίρονται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Μερικές φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται από το φυσιολογικό, οπότε προκύπτουν νέα κύτταρα (χωρίς να τα χρειάζεται ο οργανισμός) και – παράλληλα – δεν πεθαίνουν τα παλιά κύτταρα. Τα πλεονάζοντα κύτταρα σχηματίζουν μάζες, που καλούνται όγκοι. Σε μερικές περιπτώσεις αυτά τα παθολογικά κύτταρα κάνουν μετάσταση, δηλαδή εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας δευτερεύοντες όγκους (μεταστατικούς όγκους) παρόμοιους με αυτούς του αρχικού καρκίνου. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και κατ' επέκταση στα διάφορα όργανα και ιστούς. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και κάθε είδος αντιμετωπίζεται θεραπευτικά διαφορετικά.

Ο καρκίνος είναι μία χρόνια και συχνά ιάσιμη νόσος ιδιαίτερα εάν διαγνωσθεί έγκαιρα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, εκτιμάται ότι ένα ποσοστό άνω του 30% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί, ενώ εάν διαγνωστούν έγκαιρα θεραπεύονται σε ποσοστό άνω του 40%. Συνήθως προσβάλλει ανθρώπους μεγάλης ηλικίας, υπάρχουν όμως και μορφές καρκίνου που εμφανίζονται σε νεαρής ηλικίας άτομα, ακόμη και σε παιδιά.» (ΕΟΔΥ).

Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του καρκίνου απαιτούν συχνά συνδυασμό χειρουργικής επεμβάσεως, ακτινοθεραπείας, συστηματικής θεραπείας και / ή μεταμόσχευσης μυελού των οστών. Η συστηματική θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία και τις νεότερες θεραπευτικές μεθόδους. Παρατηρείται ότι αυξάνονται συνεχώς οι δυνατότητες της συστηματικής θεραπείας, καθώς νέα φάρμακα και νέες θεραπευτικές μέθοδοι έρχονται να προστεθούν στο σύνολο της (Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Αγ. Σάββας»).

1.3 Επιπτώσεις του καρκίνου

1.3.1 Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου

Το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η κατάσταση της υγείας του ατόμου επηρεάζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Οι σωματικές αλλαγές που επιφέρει ο καρκίνος και οι διάφορες

διαστάσεις της αντιμετώπισης της ασθένειας επιδρούν στη συνολική λειτουργία του ατόμου. Η αλληλεπίδραση των ψυχολογικών παραγόντων με την εξέλιξη της ασθένειας, αποτελεί κεντρική εστίαση όσων προσπαθούν να κατανοήσουν τις επιπτώσεις του καρκίνου στους ασθενείς, αλλά και τις επιπτώσεις των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ατόμου στην εξέλιξη του καρκίνου (Σουτζόγλου – Κοτταρίδη, 1985).

Οι θεραπείες που γίνονται σε ασθενείς με καρκίνο έχουν ως στόχο την καταστροφή των γρήγορα διαιρούμενων καρκινικών κύτταρων, αλλά παράλληλα μπορεί να επηρεάσουν και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανεπιθύμητων παρενεργειών. Οι σωματικές επιπτώσεις των θεραπειών αυτών είναι πολλές, όπως: αδυναμία του ανοσοποιητικού συστήματος, διατροφικές διαταραχές, κόπωση, αλωπεκία, ναυτία, εμετός, διαταραχές γεύσης, συνείδησης και ύπνου, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, διάρροια, στομίες, οιδήματα, πόνος, προβλήματα γονιμότητας, σεξουαλικά και νευρολογικά προβλήματα, κλπ. (Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Αγ. Σάββας»).

Τα αρνητικά συναισθήματα, το σοκ, ο φόβος, η αβεβαιότητα, η ανησυχία για τις επιπτώσεις στα παιδιά και την οικογένεια, η αίσθηση αδιεξόδου, η ενοχή, ο θυμός, η άρνηση, η αδυναμία και η απογοήτευση αποτελούν σημαντικές συναισθηματικές διαστάσεις της ασθένειας (Καραπούλιος et al, 2013). Περίπου το 30% των ασθενών με καρκίνο, σύμφωνα με μελέτες, φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν διαταραχές της διάθεσης ως αποτέλεσμα της νόσησης ή και της ίδιας της θεραπείας, ενώ συχνά η διάγνωση του καρκίνου βιώνεται ψυχοτραυματικά (Shahidi, 2017· Καραπούλιος et al, 2013· McDaniel et al, 1995).

Τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους διέρχονται από διακριτά αν και συχνά αλληλεπικαλυπτόμενα στάδια ψυχολογικής προσαρμογής. Την αρχική φάση της άρνησης και αμφισβήτησης της διάγνωσης, ακολουθεί ο θυμός και η οργή έναντι των γιατρών, των οικείων του ή ακόμη και της κοινωνίας και του θεού. Η προσπάθεια για διαπραγμάτευση που έπεται και επικεντρώνεται στην θεραπεία δίνει συχνά τη θέση της στην κατάθλιψη που εξελίσσεται, με τρόπο που διαφέρει για τον καθένα, σε μια αίσθηση αποδοχής που περιλαμβάνει τη συμφιλίωση με την ασθένεια, το ενδεχόμενο τέλος, αλλά και αποφάσεις για τη χάραξη της μετέπειτα πορείας (Heydarnejad et al., 2011).

Τις περισσότερες φορές τα παραπάνω διαπλέκονται με ζητήματα που προκύπτουν λόγω της ασθένειας. Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία, συμπτώματα, οικονομικά προβλήματα, εργασιακά προβλήματα, οικογενειακές δυσκολίες, φόβος υποτροπής και άλλα επηρεάζουν την ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή του ασθενή ενώ ταυτόχρονα τους καθιστούν περισσότερο ευάλωτους ψυχολογικά (Καραπούλιος et al, 2013). Τα συναισθήματα στα οποία βρίσκονται περισσότερο εκτεθειμένοι οι ασθενείς με καρκίνο, σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη και περιλαμβάνουν την απελπισία, αισθήματα αναξιοσύνης, την απώλεια της αυτοεκτίμησης, ενοχές και συχνά οδηγούν σε αυτοκτονικό ιδεασμό (Βλαχιώτη & Μάτζιου, 2012). Σε μελέτη των Satin και συνεργατών (2009), βρέθηκε ότι οι ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία είχαν έως και 25% ψηλότερα ποσοστά θανάτου, ενώ σε άλλες έρευνες έχει φανεί ότι τα ποσοστά εμφάνισης της κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς αυξάνεται ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου και των συμπτωμάτων όπως ο πόνος. Η εμφάνιση της κατάθλιψης φαίνεται να συσχετίζεται περισσότερο με καρκίνο του στόματος ή φάρυγγα (22 –57%), του παγκρέατος (33 –50%), του μαστού (1,5 –46%) και του πνεύμονα (11–44%) και λιγότερο με άλλες μορφές καρκίνου όπως του εντέρου (13 –25%), γυναικολογικούς καρκίνους (12–23%) και το λέμφωμα (8 –19%) (Τσάτη, 2017).

1.3.2 Επιπτώσεις κατά τη διάρκεια θεραπείας του καρκίνου στην εργασία

Η απασχόληση παρέχει σημαντικά ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη για τους ασθενείς, όσον αφορά το εισόδημα και τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Η συνέχιση και η επιστροφή στην εργασία ενισχύει μια αίσθηση κανονικότητας και ελέγχου, κατά τη διάρκεια μιας συναισθηματικά δύσκολης περιόδου. Η απώλεια εργασίας έχει συσχετιστεί, τόσο με βραχυπρόθεσμη όσο και με μακροπρόθεσμη οικονομική δυσχέρεια μεταξύ των επιζώντων του καρκίνου. Η οικονομική τοξικότητα, η οποία προκύπτει από τη μείωση των αποδοχών και την αύξηση των δαπανών μετά από διάγνωση καρκίνου, συνδέεται με την επιβάρυνση των συμπτωμάτων και τη συναισθηματική δυσφορία, όσο και με τη μειωμένη ποιότητα ζωής και την τήρηση της θεραπείας. Προχωρημένη οικονομική τοξικότητα (δηλαδή πτώχευση), συνδέεται με σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου μεταξύ των επιζώντων από καρκίνο (Blinder & Gany, 2020).

Οι συνέπειες της νόσου είναι άμεσες και σφοδρές, στην καθημερινή ζωή ενός ασθενή και στους ανθρώπους γύρω του. Η διάγνωση οδηγεί κατά κανόνα σε μεγάλα διαστήματα απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας, η οποία οφείλεται στη θεραπευτική αγωγή και σε λειτουργικούς περιορισμούς λόγω μειωμένης αποδοτικότητας. Οι συνέπειες αυτές μπορούν να προκύψουν είτε στα αρχικά στάδια της θεραπείας ή επίσης να διαρκέσουν επί σειρά ετών μετά τη διάγνωση, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται έντονες δυσκολίες (EU – OSHA, 2018). Είναι πολύ σημαντική η συνέχιση της εργασίας κατά την διάρκεια της θεραπείας, έτσι ώστε να διατηρηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο, η καθημερινή ρουτίνα. Οι ασθενείς που κάνουν θεραπεία κατά του καρκίνου αισθάνονται συνήθως εξάντληση, κοινό χαρακτηριστικό όσων θεραπεύονται από τον καρκίνο, το οποίο έχει επιπτώσεις στη φυσική λειτουργία τους, στον συναισθηματικό τομέα, στην συγκέντρωση (έλλειψη) και συνήθως παρατηρείται απώλεια μνήμης (Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Αγ. Σάββας»).

Αναφορικά με την διατήρηση ή όχι της εργασίας ακόμη και εάν χρειάστηκε να γίνουν αλλαγές στο ωράριο, στον χώρο ή στις συνθήκες, ή ακόμη και να αλλάξουν απασχόληση, από μελέτες έχουν βρεθεί τα παρακάτω:

- Οι εργαζόμενοι που διαγιγνώσκονται με καρκίνο έχουν μια πληθώρα αλλαγών στην πορεία της εργασίας τους μετά τη διάγνωση. Σε μια αμερικάνικη έρευνα μόλις το 54% των επιζώντων καρκίνου σε ηλικία εργασίας, αναφέρουν ότι εργάζονταν με πλήρη απασχόληση (Blinder & Gany, 2020).
- Στην έρευνά τους οι Blinder et al (2017), βρήκαν ότι 4 μήνες μετά τη νεο-επικουρική θεραπεία, το 81% ενός ποικίλου δείγματος επιζώντων καρκίνου του μαστού που απασχολούνταν πριν από τη διάγνωση, είχαν διατηρήσει τις θέσεις εργασίας τους (Blinder et al, 2017).
- Σε μια μελέτη που διεξήχθη αποκλειστικά μεταξύ ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου σταδίου III, μόνο το 55% εξακολουθούσαν να εργάζονται 8 μήνες μετά τη διάγνωση (Veenstra et al, 2015).
- Οι επιζώντες που διαγνώστηκαν με καρκίνο σε πιο προχωρημένο στάδιο και οι οποίοι συχνά λαμβάνουν πιο επιθετική θεραπεία, ήταν πιο πιθανό να σταματήσουν την εργασία σε σχέση με εκείνους με χαμηλότερο στάδιο (Earle et al, 2010).
- Μια ανασκόπηση των ευρωπαϊκών δεδομένων του 2019 έδειξε ότι οι αυτοαπασχολούμενοι επιζώντες ήταν πιο πιθανό να συνεχίσουν να εργάζονται σε σύγκριση με εκείνους που ήταν μισθωτοί. Οι αυτοαπασχολούμενοι εργάζονται γενικά

περισσότερες ώρες από τους εργαζομένους και αυτή η τάση συνεχίστηκε μεταξύ των επιζώντων του καρκίνου. Παρόλο που οι αυτοαπασχολούμενοι επιζώντες του καρκίνου μείωσαν τις ώρες εργασίας τους περισσότερο από ό,τι οι μισθωτοί επιζώντες, συνέχισαν να εργάζονται, κατά μέσο όρο περισσότερες ώρες από ό,τι οι μισθωτοί (Torp et al, 2019).

- Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των McLennan et al (2019) σε μια συστηματική ανασκόπηση του 2019 των μελετών αγγλικής γλώσσας, οι επιζώντες του καρκίνου του προστάτη έχουν δείξει παρεμφερή αποτελέσματα απασχόλησης, με το 80% των επιζώντων του καρκίνου του προστάτη να έχουν επιστρέψει στην εργασία τους (με εύρος από 60% έως 90%). Παρόλα αυτά οι επιζώντες με χαμηλόμισθες θέσεις εργασίας ή/ και σε εργασία με σωματική δραστηριότητα ήταν λιγότερο πιθανό να επιστρέψουν (McLennan et al, 2019).
- Η προσαρμοστικότητα στον χώρο εργασίας (workplace accommodations), όπως η ευελιξία του ωραρίου απασχόλησης ή η αναρρωτική άδεια, μπορούσαν να περιορίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις του καρκίνου και της θεραπείας του, στη διατήρηση της εργασίας. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι σε προσαρμοσμένα περιβάλλοντα, ήταν λιγότερο πιθανόν να δουλεύουν χαμηλόμισθοι και εργαζόμενοι από μειονότητες (Blinder & Gany, 2020).
- Ίσως το μεγαλύτερο ασφαλιστικό πρόβλημα ενός ασθενή με καρκίνο είναι να εγκλωβίζεται σε μια συγκεκριμένη θέση εργασίας λόγω της ανάγκης διατήρησης της τρέχουσας ασφαλιστικής κάλυψης. Αυτό μπορεί να είναι ψυχολογικά καταστροφικό, ιδίως για τους νέους που αναζητούν ευκαιρίες για εξέλιξη ή νέα εμπειρία, αλλά φοβούνται να αλλάξουν (Mellette, 1985).

Σχετικά με τον τύπο της θεραπείας εντοπίστηκαν τα ακόλουθα:

- Ένας βασικός προγνωστικός παράγοντας τόσο της βραχυπρόθεσμης όσο και της μακροπρόθεσμης απώλειας θέσεων εργασίας, είναι η λήψη χημειοθεραπείας. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες της χημειοθεραπείας συνεχίζονται από την επιμονή των συμπτωμάτων, όπως προσδιορίζεται από μια γαλλική έρευνα στην οποία η συνεχιζόμενη περιφερική νευροπάθεια, η οποία προκλήθηκε από την χημειοθεραπεία, συσχετίστηκε με χαμηλότερη απασχόληση 5 χρόνια μετά της διάγνωσης (70% έναντι 87% μεταξύ εκείνων που δεν έχουν νευροπάθεια) (Alleaume et al, 2018).

- Σε επιζώντες του καρκίνου του προστάτη, η λήψη χημειοθεραπείας και η παρουσία παρενεργειών, όπως ακράτεια ούρων και κόπωση, είχε αρνητικές συνέπειες στην εργασία (McLennan et al, 2019).
- Μια αμερικανική έρευνα έδειξε ότι η εξάντληση είναι κοινή μεταξύ των ασθενών που κάνουν χημειοθεραπεία. Η μελέτη έδειξε ότι από τους ασθενείς που δούλευαν το 75% άλλαξε τον τρόπο δουλειάς τους, λόγω της εξάντλησης και το 65% των ασθενών έδειξε ότι εξάντληση τους οδήγησε τουλάχιστον μια ημέρα την εβδομάδα εκτός εργασίας, δηλαδή μέσο όρο 4,5 ημέρες τον μήνα (Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Αγ. Σάββας»).
- Κατά τους Jagsi et al (2017), η ακτινοθεραπεία δεν έχει συσχετιστεί με συνέπεια, σε μειωμένη εργασία σε επιζώντες του καρκίνου (Jagsi et al, 2017).
- Οι επιζώντες που υποβάλλονται σε ριζική προστατεκτομή με ή χωρίς ακτινοθεραπεία, επίσης διατρέχουν επίσης κίνδυνο μείωσης της εργασίας, ιδιαίτερα εάν εμφανίσουν συμπτώματα σχετιζόμενα με τη θεραπεία όπως η ακράτεια (Blinder & Gany, 2020).
- Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η έλλειψη εργασιακών διευκολύνσεων, συμβάλλει στην αρνητική επίδραση της χημειοθεραπείας. Οι ασθενείς που αδυνατούν να έχουν τροποποιήσεις στον χώρο εργασίας τους, μπορεί να μην είναι σε θέση να εργαστούν και εάν δεν μπορέσουν να έχουν αναρρωτική άδεια, ενδέχεται να αντικατασταθούν εάν πάρουν άδεια (Blinder & Gany, 2020).

Σε ότι αφορά τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις είναι σημαντικές οι παρακάτω μελέτες και τα πορίσματα:

- Με την έλλειψη αποταμίευσης ή μη δεδουλευμένου εισοδήματος, οι ασθενείς χαμηλού εισοδήματος είναι λιγότερο σε θέση να απορροφήσουν το οικονομικό πλήγμα των χαμένων μισθών που σχετίζονται με τον καρκίνο. Επιπλέον, η εργασία έχει εγγενώς νόημα για τη κοινωνικοποίηση και την αίσθηση της αυτοεκτίμησης. Μεταξύ των μακροχρόνιων επιζώντων καρκίνου, η εργασία συνδέεται με αυξημένη προσωπική ανάπτυξη που οδηγεί σε λειτουργική βελτίωση (Blinder & Gany, 2020).
- Για ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που υποβάλλονται σε παρηγορητική θεραπεία¹ αλλά και εκείνων που υποβάλλονται

¹ Παρηγορητική Φροντίδα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας: « Είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών (ενηλίκων και παιδιών) και της οικογένειάς τους, που υποφέρουν από νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή προοδευτικά επιδεινούμενα, μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών φυσικών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους.» (ΠΟΥ).

σε θεραπεία, η εργασία προάγει μια αίσθηση κανονικότητας και ελέγχου κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία (Blinder et al, 2012· Glare et al, 2017).

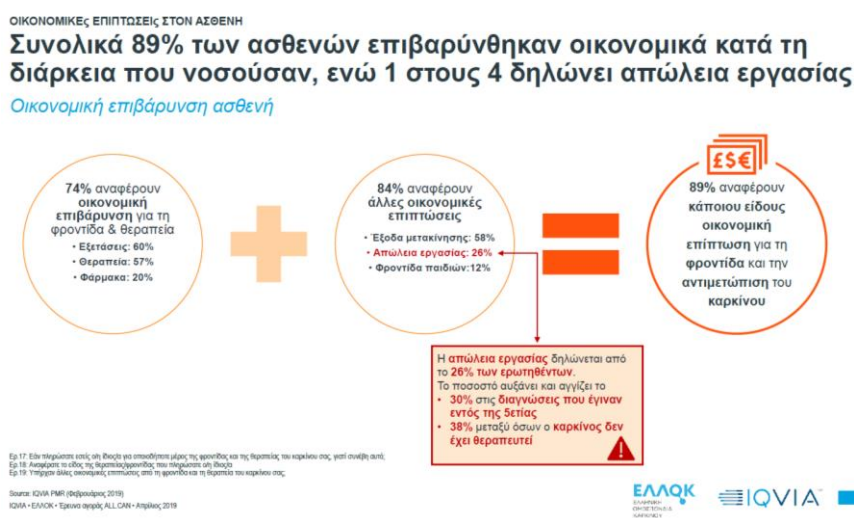
- Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι περίπου το 70% με 80% των επιζώντων του καρκίνου του μαστού των ΗΠΑ, επιστρέφουν στην εργασία τους κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τη διάγνωση, αν και οι επιζώντες με χαμηλό εισόδημα και πληθυσμών μειονοτήτων είναι λιγότερο πιθανό να το πράξουν (Blinder & Gany, 2020).
- Οι υπάλληλοι στους οποίους δεν προσφέρονται εναλλακτικές συνθήκες εργασίας (ρυθμίσεις στις ώρες απασχόλησης, διαχείριση του φόρτου εργασίας), κατά τη διάρκεια και μετά από την θεραπεία, μπορούν να είναι μέχρι και 15 φορές πιθανότερο να αντιμετωπίσουν οικονομικές δυσκολίες (Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Αγ. Σάββας»).
- Στην έρευνά τους οι Glare et al, (2017), η πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών δήλωσε ότι η εργασία τους βοήθησε ή θα τους βοηθούσε να αισθανθούν φυσιολογικά. Ήταν ή θα ήταν ένα σημαντικό μέρος της ταυτότητάς τους, ή / και θα τους βοηθούσε να αισθανθούν σαν να νικούσαν τον καρκίνο (Glare et al, 2017).
- Μολονότι ορισμένοι επιλέγουν να συνταξιοδοτηθούν νωρίς ή να αλλάξουν επαγγελματική πορεία μετά από επαναξιολόγηση των προτεραιοτήτων τους, για πολλούς, η αρνητική επίπτωση του καρκίνου στην εργασία είναι ανεπιθύμητη και προβληματική και έχει ουσιαστικές συνέπειες για την οικονομική και ψυχολογική ευημερία των επιζώντων και των οικογενειών τους (Blinder & Gany, 2020).

1.3.3 Επιπτώσεις μετά το πέρας των θεραπειών στην εργασία

Γενικά η διαχείριση του καρκίνου έχει βελτιωθεί τα τελευταία τριάντα χρόνια και το πλήθος των ανθρώπων που επιβιώνουν από τον καρκίνο αυξάνεται. Παρ' όλα αυτά πολλοί πρώην ασθενείς εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν μακροχρόνια συμπτώματα και βλάβες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους, όπως κούραση. Αυτά τα συμπτώματα και οι βλάβες μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα εργασίας, δυσχεραίνοντας περισσότερο την παραμονή ή την επανένταξή τους στην αγορά εργασίας. Από έρευνες φαίνεται ότι οι περισσότεροι είναι σε θέση να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στην εργασία, αλλά ότι, γενικά, ο κίνδυνος ανεργίας για τα άτομα αυτά είναι 1,4 φορές υψηλότερος σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν διαγνωστεί ποτέ με καρκίνο (EU – OSHA, 2018). Αξίζει να σημειωθεί

ότι για τον ασθενή που αναρρώνει, η απόκτηση νέας εργασίας αποτελεί διαφορετικό πρόβλημα από τη διατήρηση μια παλιάς θέσης (Mellette, 1985).

Σύμφωνα με την Πανελλαδική Έρευνα All.Can², η οποία κατέγραψε στοιχεία που αφορούν την διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου, την επιστροφή του ασθενή μετά τη θεραπεία στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή, τις σχέσεις του με υποστηρικτικές ομάδες ασθενών καθώς και την συνολική εμπειρία του με τον καρκίνο, η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.) εξήγαγε το ακόλουθο εύρημα: 1 στους 4 (26%) δήλωσε απώλεια εργασίας ποσοστό που φθάνει το 38% σε όσους δεν έχουν ακόμη θεραπευθεί και 30% σε διαγνώσεις που έγιναν (βλ. Εικόνα 1.1) (All.Can, 2019a).



Εικόνα 1.1: Απώλεια εργασίας κατά την διάρκεια θεραπείας και έως 5 έτη

Πηγή: IQVIA PMR, 2019 – IQVIA • ΕΛΛ.Ο.Κ. • Έρευνα αγοράς ALL.CAN (All.Can, 2019a).

Επιπλέον σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παγκόσμιας έρευνας ALLCAN ορισμένοι ερωτηθέντες, ανέφεραν μερικές φορές όχι μόνο απώλεια του δικού τους εισοδήματος, λόγω απώλειας εργασίας, αλλά επίσης μειωμένες αποδοχές και για τους φροντιστές τους, οι οποίοι έπρεπε να αναλάβουν μεγαλύτερη ευθύνη, φροντίζοντας έναν σύζυγο με καρκίνο παράλληλα

² Η έρευνα AllCan σχεδιάστηκε, δημιουργήθηκε και υλοποιήθηκε το 2018, για να καταγραφεί η εμπειρία των ασθενών με καρκίνο από τη σχέση τους με το σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια της ογκολογικής περίθαλψης και φροντίδας που έλαβαν και να αντιμετωπιστεί η αναποτελεσματικότητα στη φροντίδα του καρκίνου – όπου ως «αναποτελεσματικότητα» ορίζεται κάθε πτυχή της περίθαλψης και της φροντίδας του καρκίνου, η οποία δεν είναι επικεντρωμένη σε αυτά που έχουν σημασία για τους ασθενείς. Διενεργήθηκε σε 9 Ευρωπαϊκές χώρες, μέσα σε αυτές και η Ελλάδα, απευθυνόταν σε όποιον έχει διαγνωστεί με καρκίνο, είτε βρισκόταν υπό θεραπεία ή έχει τελειώσει τη θεραπεία του και είχε ως στόχο να εντοπίσει τις ανεπάρκειες στην ογκολογική φροντίδα, μέσα από την οπτική των ίδιων των ασθενών. Στην πρωτοβουλία All.Can συμμετέχουν εκπρόσωποι οργανώσεων ασθενών, επιστημονικές ιατρικές οργανώσεις, φορείς χάραξης πολιτικής υγείας, ερευνητικοί φορείς και εκπρόσωποι της φαρμακοβιομηχανίας

με τη διατήρηση καθημερινών οικιακών καθηκόντων και συχνά φροντίζοντας μόνοι τους τα παιδιά. Οι αυτοαπασχολούμενοι ερωτηθέντες και οι φροντιστές ένιωσαν τον αντίκτυπο αυτό πιο έντονα (All.Can, 2019b).

Αν και πολλοί ασθενείς με καρκίνο είναι σε θέση να επιστρέψουν στην εργασία τους μετά τη θεραπεία τους, αυτό δεν συμβαίνει για όλους. Οι άνθρωποι που επιβιώνουν από καρκίνο είναι 1,4 φορές πιο πιθανό να μείνουν άνεργοι και είναι τρεις φορές πιο πιθανό να λάβουν επιδόματα αναπηρίας από τον γενικό πληθυσμό (All.Can, 2019b). Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσε ότι σχεδόν ένας στους τρεις ανθρώπους που ζούσαν με καρκίνο, είχε απώλεια αποδοχών ως αποτέλεσμα της διάγνωσής τους και κατά μέσο όρο, έχασε 860£ το μήνα. Επίσης το 33% των ατόμων σταμάτησε να εργάζεται είτε προσωρινά είτε μόνιμα (Davies et al, 2013). Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν την ανάγκη για κοινωνικές πολιτικές που προστατεύουν τους ασθενείς από οικονομική ανασφάλεια κατά τη διάρκεια και μετά τη φροντίδα του καρκίνου (All.Can, 2019b).

Σύμφωνα με στοιχεία που μπορούν να προσπελαστούν στην ιστοσελίδα του Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», αναφέρεται μια αγγλική έρευνα που εξέταζε το ποσοστό επιστροφής στην εργασία των θεραπευμένων ασθενών, το οποίο κατά μέσο όρο ήταν 62% και οι παράγοντες που συνδέθηκαν αρνητικά με την επιστροφή στην εργασία ήταν, ένα μη-ενθαρρυντικό περιβάλλον εργασίας, η χειρωνακτική εργασία και το να έχουν καρκίνο στον εγκέφαλο ή το λαιμό (Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Αγ. Σάββας»).

1.4 Δικαιώματα ασθενών με καρκίνο

Η πρώτη αναφορά σε δικαιώματα ασθενών με καρκίνο έγινε στις 3 και 4 Φεβρουαρίου του 2000, από μία ομάδα επιστημόνων από όλη την υφήλιο, ύστερα από πρωτοβουλία των G. Hortobagyi και D. Khayat με την υποστήριξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και μεγάλων αντικαρκινικών εταιρειών. Η ομάδα αποτελούνταν από προσωπικότητες της διεθνούς πολιτικής σκηνής (όπως ο Πρόεδρος της Γαλλικής Δημοκρατίας, η σύζυγος του Αμερικανού Προέδρου), της ιατρικής κοινότητας (όπως οι Πρόεδροι της WHO, UICC, AACR, CRC) και της επιστήμης (εκπρόσωποι της UNESCO, πολλοί επιστήμονες με βραβείο

Nobel), οι οποίοι κατόπιν συνεδρίασης διαμόρφωσαν ένα κείμενο θέσεων, για την μάχη κατά του καρκίνου για την νέα χιλιετία και χαρακτηρίστηκε ως: «Ο Καταστατικός Χάρτης των Παρισίων». Το κείμενο αυτό αποτελείται από δέκα άρθρα που κάλυπταν όλες τις πλευρές της ογκολογικής φροντίδας έτσι όπως προσδιορίζονταν από τις ανάγκες εκείνης της περιόδου. Εκεί παρατηρείται για πρώτη φορά η αναφορά σε θέματα στίγματος στην εργασία και συγκεκριμένα στο άρθρο 2: *«Το «στίγμα» που σχετίζεται με τον καρκίνο είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην πρόοδο, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, προκαλώντας συχνά:προκατάληψη και διάκριση στην πρόσληψη για εργασία καρκινοπαθών και/ή στη σημαντική συμμετοχή και συμβολή τους στην κοινωνία, Σχετική οικονομική δυσχέρεια και απώλεια παραγωγικότητας... Οι συμβαλλόμενοι σε αυτόν τον καταστατικό χάρτη εγγυώνται την καλύτερη κατανόηση και εκκρίζωση των στιγμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο, ώστε να επαναπροσδιορίσουν τη νόσο ως μία βιολογική πάθηση που θεραπεύεται και όχι ως μια κοινωνική κατάσταση.»* (BeStrong).

Το 2014 υπογράφηκε η Ευρωπαϊκή Διακήρυξη Δικαιωμάτων των Ασθενών με Καρκίνο, ένας καταλύτης αλλαγών, όπως χαρακτηρίστηκε από τους υπογράφοντες επιστήμονες και επικεφαλής οργανισμών. Στο Άρθρο 3 της γίνεται αναφορά στο *«.. δικαίωμα κάθε Ευρωπαίου πολίτη να δέχεται υγειονομική περίθαλψη από σύστημα υγείας που εξασφαλίζει βέλτιστα αποτελέσματα, αποκατάσταση των ασθενών, άριστη ποιότητα ζωής και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη.»* και γίνεται συσχέτιση για πρώτη φορά για την επανένταξη των ασθενών στο χώρο εργασίας. Συγκεκριμένα: *« Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν υγειονομική περίθαλψη σε συστήματα υγείας που: 3.4 Αντιμετωπίζουν τα βασικά θέματα της μακροχρόνιας παρακολούθησης και επιβίωσης των ασθενών, ώστε να εξασφαλίζεται καλύτερη ποιότητα ζωής και προσωπική ολοκλήρωση με ενεργή επανένταξη και συμμετοχή των ασθενών στην κοινωνία και στο χώρο εργασίας»* (Lawler et al, 2014).

1.5 Πολιτικές για τον καρκίνο

Λόγω της αυξανόμενης συχνότητας εμφάνισης καρκίνου, το κόστος του θα αυξηθεί και υπολογίζεται ότι τουλάχιστον μισό από αυτό το φορτίο θα το επωμιστούν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους. Ο καρκίνος καλύπτει το 17% του συνόλου των νόσων στην Ευρώπη (EU27). Σχεδόν το 6% της συνολικής δαπάνης για την υγεία ξοδεύεται στον καρκίνο,

ποσοστό που παραμένει σταθερό τα τελευταία έτη. Η απολεσθείσα παραγωγικότητα εξαιτίας της νόσου στοιχίζει στην κοινωνία 52 εκατομμύρια ευρώ σε όλη την Ευρώπη, ενώ το 60% της δαπάνης του καρκίνου δεν σχετίζεται με δαπάνες παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας στην φροντίδα και περίθαλψη μπορεί να επιφέρει σπουδαία οφέλη στην κοινωνία μας, επιπλέον των θετικών συνεπειών στην υγεία. «Ο όρος «αποτελεσματικότητα» συχνά εκλαμβάνεται εσφαλμένα ως συνώνυμο του «περιορισμού κόστους». Όμως, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας δεν αποτελεί μια απλή άσκηση περικοπής δαπανών. Το κριτήριο της οικονομικής αποτελεσματικότητας υποδηλώνει ότι η κοινωνία κάνει επιλογές, για την κατανομή των πόρων με σκοπό τη μεγιστοποίηση των εκβάσεων υγείας.» (All.Can, 2018).

Από την άλλη με τον αυξανόμενο αριθμό επιζώντων από καρκίνο, μεγαλώνει η αναγνώριση της ανάγκης για πολιτικές που θα βοηθήσουν τους επιζώντες να επιστρέψουν στην εργασία μετά τη θεραπεία τους και να τους προστατεύσουν από την οικονομική ανασφάλεια (Braspenning et al, 2018). Η αποτελεσματικότητα στην φροντίδα ασθενών με καρκίνο επιβάλλεται να γίνει προτεραιότητα στη σχεδίαση πολιτικής υγείας σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, όπως η δέσμευση και η πρόθεση στην εθνική διαβούλευση για την εύρεση και αποκατάσταση των υπαρχουσών ανεπαρκειών, αφιερώνοντας πόρους ώστε να διασφαλιστεί η επιτυχημένη επίτευξή τους (All.Can, 2018).

Είναι σημαντικό για την χάραξη πολιτικών, να αναπτυχθεί κατανόηση των προβλημάτων που προκαλούνται από τον καρκίνο και τις θεραπείες, των δυσκολιών που σχετίζονται με την εργασία και των στόχων που οι παρεμβάσεις και τα προγράμματα αποκατάστασης, θα διευκολύνουν την έρευνα πρακτικών επιβίωσης από τον καρκίνο, εντός του πλαισίου της εργασίας. Στο σχήμα 1.1 φαίνεται ένα πρότυπο επιβίωσης από τον καρκίνο μέσω της οπτικής της εργασίας, το οποίο υιοθετήθηκε από τους Feuerstein et al³ και Mehnert⁴ σε μελέτες τους και απεικονίζει το εύρος των συντελεστών που μπορούν να επηρεάσουν την απασχόληση και την επιστροφή στην εργασία (Mehnert et al., 2013).

³ Feuerstein, M., Todd B., Moskowitz M., et al., 2010. *Work in cancer survivors: a model for practice and research. Journal of Cancer Survivorship* Volume 4, pages 415–437

⁴ Mehnert, A., 2011. *Employment and work-related issues in cancer survivors. Critical Reviews in Oncology/Hematology*, Volume 77, Issue 2, pages 109-130



Σχήμα 1.1: Επιβίωση μετά τον καρκίνο από την προσέγγιση της εργασίας (Mehnert et al, 2013)

. Οι συντελεστές αυτοί είναι: οι ατομικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες, οι βραχυπρόθεσμες, μακροπρόθεσμες και μετέπειτα επιπτώσεις των θεραπειών για τον καρκίνο, το εργασιακό περιβάλλον και σε γενικές γραμμές οι νομικές, οργανωτικές και οικονομικές πολιτικές και διαδικασίες. Ενδείκνυται να αναπτυχθούν, να αξιολογηθούν και να εφαρμοστούν περαιτέρω ειδικές παρεμβάσεις και προγράμματα αποκατάστασης που να αντιμετωπίζουν τις επιπτώσεις που σχετίζονται με τη θεραπεία και να είναι προσαρμοσμένα στις ατομικές ανάγκες του ασθενή με προσέγγιση στη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργία, το εργασιακό περιβάλλον, τις επιδόσεις στην εργασία και τους παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση και την πολιτική (Mehnert et al., 2013).

Σχετικά με πολιτικές για τον καρκίνο σε ευρωπαϊκές χώρες, σε θέματα παρεμβάσεων και προγραμμάτων αποκατάστασης και επιστροφής στην εργασία, η Ολλανδία, είναι μία από τις πρώτες χώρες με κυβερνητικό σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο και την Εργασία (oPuce). Αναφορικά με τη νομοθεσία σε ζητήματα αναρρωτικής άδειας και παροχών ασθένειας, παρατηρείται ότι όλες οι ευρωπαϊκές χώρες παρέχουν διαφόρους τύπους συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης για υπαλλήλους και σε ορισμένες χώρες και για αυτοαπασχολούμενους. Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών σχετικά με τους υπαλλήλους με χρόνιες παθήσεις και τους ανέργους. Οι σκανδιναβικές χώρες παρέχουν ένα εξαιρετικά ολοκληρωμένο κοινωνικό σύστημα για εργαζομένους με χρόνια ασθένεια. Τέλος, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, το ποσό του επιδόματος ασθένειας σχετίζεται με το εισόδημα του εργαζομένου και η διάρκεια καταβολής του από χώρα σε χώρα, διαφέρει από τουλάχιστον 6 μήνες έως το μέγιστο απεριόριστης διάρκειας (Crepaldi et al, 2008).

1.6 EU Cancer Plan 2021-2025

Ο καρκίνος έχει τεράστιο αντίκτυπο στα συστήματα υγείας, στην οικονομία και στην κοινωνία γενικότερα και η καταπολέμησή του είναι μια σημαντική ευθύνη του τομέα της υγείας. Η ΕΕ εργάζεται επί δεκαετίες για τον καρκίνο. Ο συνολικός οικονομικός αντίκτυπος του καρκίνου στην Ευρώπη εκτιμάται ότι υπερβαίνει τα 100 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν πάνω από 12 εκατομμύρια επιζώντες καρκίνου στην Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένων περίπου 300.000 επιζώντων καρκίνου της παιδικής ηλικίας, χάρη

στην πρόοδο της έγκαιρης ανίχνευσης, των αποτελεσματικών θεραπειών και της υποστηρικτικής φροντίδας. Μολονότι αυτός είναι ένας λόγος αισιοδοξίας, πρέπει επίσης να υπάρχει κατάλληλη μέριμνα παρακολούθησης μετά τις θεραπείες, πρόσβαση στην κοινωνική προστασία και ισότιμη πρόσβαση σε χρηματοπιστωτικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021)

Με αφετηρία τις νέες τεχνολογίες, την έρευνα και την καινοτομία η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στις 3 Φεβρουαρίου 2021, παρουσίασε το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου 2021-2025, το οποίο στηρίζει το έργο των κρατών μελών για την πρόληψη του καρκίνου και τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας ζωής για τους ασθενείς, τους επιζώντες, τις οικογένειές τους και τους φροντιστές τους. Είναι διαρθρωμένο γύρω από 4 βασικούς άξονες στους οποίους η Ε.Ε. (EU) δίνει ιδιαίτερη αξία: την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση, την διάγνωση και την θεραπεία και τέλος την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο και των επιζώντων. Θα υλοποιηθεί χρησιμοποιώντας ένα ευρύ φάσμα των χρηματοδοτήσεων της Επιτροπής, με συνολικά 4 δισεκατομμύρια ευρώ να προορίζονται για δράσεις που αφορούν τον καρκίνο, μεταξύ άλλων από το πρόγραμμα EU4Health και το πρόγραμμα «HORIZON EUROPE» (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2021).

Επιπλέον σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η πανδημία COVID-19 και η εμπειρία στην δημιουργία εμβολίων, έδειξαν ότι με την συγκέντρωση προσπαθειών, τεχνογνωσίας και πόρων μπορεί σημειωθεί μεγάλη πρόοδος. Εάν εφαρμοστούν οι προσεγγίσεις αυτές στην καταπολέμηση του καρκίνου μπορούν να ξεπεραστούν αδυναμίες, να επικεντρωθούν στην έρευνα και την καινοτομία, αξιοποιώντας τις δυνατότητες που προσφέρουν η ψηφιοποίηση και οι νέες τεχνολογίες, δίνοντας μια πιο αποτελεσματική και πιο ισότιμη αντίδραση στον καρκίνο. Εντούτοις, υπάρχουν ακόμη εμπόδια όσον αφορά την διαλειτουργικότητα, τη διακυβέρνηση, τα νομικά και ηθικά πρότυπα, την ασφάλεια στο διαδίκτυο, τις τεχνικές απαιτήσεις και τη συμμόρφωση με τους κανόνες περί προστασίας προσωπικών δεδομένων (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2021).

Κατά την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το EU CANCER PLAN 2021-2025 έχει ως στόχο, όχι μόνο να διασφαλίσει ότι οι ασθενείς με καρκίνο επιβιώνουν από την ασθένεια τους, αλλά και ότι μπορούν να ζουν ικανοποιητικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, απαλλαγμένοι από διακρίσεις και άδικα εμπόδια. Οι επιζώντες, οι οικογένειες και οι φροντιστές τους μπορεί να

βιώσουν σημαντικές προκλήσεις, οι οποίες συχνά μπορούν να αποφευχθούν ή να μειωθούν με τη συνεργασία μεταξύ συστημάτων υγείας, κοινωνικής μέριμνας, καθώς και με τους εργοδότες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021). Διότι όπως αποδεικνύεται σε έρευνες η επαγγελματική κατάσταση των ανθρώπων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο συχνά επιδεινώνεται σημαντικά, χρόνια μετά τη διάγνωση. Τα μέτρα για τη διευκόλυνση της κοινωνικής ένταξης και της επανένταξης στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της έγκαιρης αξιολόγησης και προσαρμογής των συνθηκών εργασίας για τους ασθενείς με καρκίνο, θα πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της πορείας του ασθενούς (Albrecht et al, 2017).

Κεφάλαιο 2

Δικαιώματα εργαζόμενων ασθενών & ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον

2.1 Αναγκαιότητα καταγραφής στοιχείων για εργαζόμενους ασθενείς

Η αναγκαιότητα ύπαρξης, συνεχούς λειτουργίας και σταθερούς στήριξης μητρώου ασθενών με νεοπλασματικές ασθένειες, σε εθνικό επίπεδο, είναι βασικό στοιχείο του σχεδιασμού στρατηγικής για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Η συμβολή του συλλέγοντας και χρησιμοποιώντας στοιχεία για την πρόληψη, την διάγνωση, τη θεραπεία, τη φροντίδα, την αποκατάσταση, όπως και την επανένταξη στην κοινωνία και συγκεκριμένα στην εργασία, θα ενισχύσει δράσεις και διαδικασίες οι οποίες βρίσκονται ακόμη σε στασιμότητα σε θέματα απασχόλησης και αποκατάστασης.

Στην Ελλάδα δεν έχουμε καθόλου στοιχεία για θέματα εργασίας όσον αφορά ασθενείς με καρκίνο. Συγκεκριμένα δεν υπάρχουν ούτε εξακριβωμένα στοιχεία γενικά για ασθενείς με καρκίνο (μητρώο ασθενών), όπως υπάρχουν σε ευρωπαϊκές και άλλες ανεπτυγμένες χώρες στον κόσμο. Η συλλογή αυτών των στοιχείων και η χρήση τους για σχεδιασμό και υλοποίηση ψηφιακών υπηρεσιών διασύνδεσης, ώστε να διευκολυνθεί ένας εργαζόμενος ασθενής, εμπεριέχει θέματα βιοηθικής, ασφάλειας και ιδιωτικότητας προσωπικών δεδομένων και

δυσχεραίνει ανάλογες πρωτοβουλίες και δράσεις. Έχουν γίνει κάποιες καταγραφές από συλλόγους ασθενών, φορείς και εταιρίες, αλλά ανώνυμα και σε άτυπη μορφή, για τις οποίες δεν έχουν γίνει ιδιαίτερες σχετικές μελέτες. Μια εξαίρεση βέβαια αποτελεί η έρευνα ALLCAN (2019a) από την Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, που πραγματοποιήθηκε το 2019 και στην οποία καταγράφηκε επισήμως ότι 1 στους 4 (26%) ασθενής με καρκίνο, δήλωσε απώλεια εργασίας (βλ. Εικόνα 1.1). Επομένως, δεν υπάρχει χαρτογράφηση σχετικά με τα πλαίσια στα οποία κινείται ένας εργαζόμενος ασθενής με καρκίνο, τις ανάγκες που προκύπτουν, τα εμπόδια που αντιμετωπίζει, τις ελλείψεις ενημέρωσης όσον αφορά τα εργασιακά του δικαιώματα, την απουσία από την εργασία του λόγω ανεπιθύμητων παρενεργειών, την αποκατάσταση και την επανένταξη την απασχόληση.

«Πρέπει να γίνει η έναρξη θετικής διάκρισης έναντι στους ασθενείς με καρκίνο. Η απουσία και η άδεια ενός ασθενούς με καρκίνο δεν μπορεί να συγκριθεί με άλλες απουσίες, διότι δεν μπορεί να προβλεφθεί το διάστημα που θα χρειαστεί να αναρρώσει και να επανέλθει ο κάθε ασθενής.» (Μπαρδάνη, 2017). Η έλλειψη τέτοιων πληροφοριών, όπως επίσης και οι περιορισμοί που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στον χώρο εργασίας τους, μπορούν να αποτελέσουν τα κίνητρα για να συγκεντρωθούν και να προσδιοριστούν στοιχεία, να χαραχτούν συγκεκριμένες πολιτικές για τον καρκίνο και την εργασία στην Ελλάδα και να θεσμοθετηθούν με σαφήνεια από το κράτος τα δικαιώματά τους, λύσεις για την μείωση των περιορισμών, πρακτικές διευκόλυνσης ευέλικτης απασχόλησης και κινήτρων για τους εργοδότες, βασιζόμενοι φυσικά, σε ετών ευρωπαϊκές μελέτες, συστάσεις και πρακτικές από την Ευρώπη, σχετικά αποκατάσταση και επιστροφή στην εργασία μετά τον καρκίνο. Το κράτος μαζί με την Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, τους συλλόγους ασθενών και τους ενδιαφερόμενους φορείς, μπορούν να βοηθήσουν στην καταγραφή πραγματικών πληροφοριών, ώστε να αναπτυχθεί μια βάση και να χτιστεί εκεί πάνω το πλαίσιο αυτό. Πάντα βεβαίως, σε συνεργασία με τις επιστημονικές ιατρικές εταιρείες οι οποίες έχουν ως κύριο αντικείμενό τους, τις νεοπλασίες. Παρακάτω θα γίνει μικρή αναφορά στις προσπάθειες δημιουργίας και υλοποίησης εθνικών μητρώων νεοπλασιών.

2.1.1 Δράσεις σχετικά με μητρώα ασθενών με καρκίνο στην Ελλάδα

Γενικότερα η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση που δεν διαθέτει αξιόπιστο Αρχείο Καταγραφής Καρκίνου (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, 2011-2015). Η πρώτη αναφορά για καταγραφή περιπτώσεων για δημιουργία μητρώου διατυπώνεται το 1959: «*Η δήλωση των περιπτώσεων καρκίνου από τους αντίστοιχους γιατρούς κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος και ιδιωτικής κλινικής είναι υποχρεωτική σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 3941/1959, «Περί Οργανώσεως του Αντικαρκινικού Αγώνος» (ΕΟΔΥ).* Στην Ελλάδα το 2005 συστάθηκε το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών (ΕΑΝ), το οποίο υπαγόταν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), σύμφωνα με το άρθρο 20 του Ν.3370/2005. Δυστυχώς όμως δεν είχαν γίνει ιδιαίτερες ενέργειες, έως το 2011 όπου χρησιμοποιώντας πόρους του ΚΕΕΛΠΝΟ και προγράμματος του ΕΣΠΑ ξεκίνησε η καταγραφή στοιχείων (ΕΟΔΥ). Πραγματοποιήθηκαν αξιοσημείωτες προσπάθειες καταγραφής δεδομένων από ορισμένες ογκολογικές κλινικές στην Ελλάδα, βασιζόμενοι στην εθελοντική συμμετοχή κλινικών, παρόλα αυτά δεν μπόρεσε να ευημερήσει λόγω διαφόρων προβλημάτων: ελλείψεων προσωπικού και καταγραφέων από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, μικρής ευαισθητοποίησης της ιατρικής κοινότητας, λειτουργικών προβλημάτων κατά την καταγραφή στοιχείων στους φακέλους των ασθενών, (π.χ. ΑΜΚΑ), κα. (ΕΟΔΥ).

Ακολούθησαν πολλές προτάσεις – παρεμβάσεις για την βελτίωση λειτουργίας του από τους αρμόδιους, με κύριο στόχο την περαιτέρω υποστήριξη του, αλλά η πρόοδος του δεν εξελίχθηκε όπως αναμενόταν (ΕΟΔΥ). Λέγεται ότι δεν μπόρεσε να προχωρήσει η καταγραφή στοιχείων για το μητρώο, ένεκα ελλειπών και μη βιώσιμης χρηματοδότησης λόγω οικονομικής κρίσεως. Ωστόσο, είναι σημαντικό η οικονομική ύφεση να μην αντιμετωπίζεται μόνον ως απειλή αλλά και ως μια αφορμή αναδιάρθρωσης και βελτίωσης των οικονομικών, των υγειονομικών και των κοινωνικών συστημάτων (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Ευτυχώς στις μέρες μας παρόλες τις δύσκολες οικονομικές καταστάσεις και την πίεση που δέχεται η οικονομία και η κοινωνία, λόγω της πανδημίας COVID-19, βλέπουμε την σύσταση του Εθνικού Μητρώου Παιδικής Ηλικίας με Νεοπλασματικά Νοσήματα (ημερομηνία σύστασης 12-2-2021, ΦΕΚ 585 Β). Σκοποί του είναι η καταγραφή δεδομένων (π.χ. δημογραφικά) όλων των ασθενών παιδικής ηλικίας με νεοπλασματικές ασθένειες από όλη την Ελλάδα και η συλλογή στοιχείων (διάγνωση, πορεία, ανταπόκριση, συνοσηρότητα στη θεραπεία) που θα χρησιμοποιηθούν: για τον επιπολασμό των νεοπλασιών, την παρακολούθηση των εκβάσεων και την ασφάλεια των θεραπειών (Υπουργείο Υγείας, 2021).

Ακόμη, αναφορικά με θέματα εργασίας και επαγγελματικής ζωής είχε γίνει αναφορά στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015, ότι οι ασθενείς με καρκίνο, υφίστανται στην επαγγελματική τους πορεία *«τον παροπλισμό ή τη στασιμότητα στην ανέλιξή τους, υπό το πρόσχημα της μη περαιτέρω καταπόνησής τους»* (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Παρόλα αυτά δεν παρατηρήθηκαν σχετικές δράσεις που να αφορούν την εργασία στο εν λόγω πρόγραμμα.

Επιπροσθέτως, το 2019 σύμφωνα με το Ν. 4600/2019, συστάθηκε το Εθνικό Ινστιτούτο Νεοπλασιών (ΕΙΝΕ) με κύριο σκοπό να την παροχή ολοκληρωμένης προσέγγισης περιλαμβάνοντας την ιατρική, κοινωνική και οικονομική διάσταση της αντιμετώπισης των νεοπλασματικών νοσημάτων σε όλους τους τομείς παρέμβασης, πρόληψης, ελέγχου, φροντίδας και έρευνας, προς όφελος των ασθενών και των συγγενών τους και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου (Νόμος 4600/2019). Μολονότι έχουν θεσπιστεί η δημιουργία και οι λειτουργίες μητρώου νεοπλασιών, μέχρι σήμερα δεν έχουμε ακόμη ακριβή και αξιόπιστα στοιχεία προς χρήση. Η συλλογή στοιχείων σε ένα μητρώο νεοπλασιών, εμπλουτίζοντάς το με δεδομένα σχετικά με τον επαγγελματικό και εργασιακό τομέα του ασθενή, είναι δυνατόν να συμβάλλει σημαντικά στην συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τις συνθήκες απασχόλησης του κάθε ασθενή.

2.2 Τι ισχύει για τον ασθενή με καρκίνο

Από την στιγμή που διαγνωστεί ένας άνθρωπος με καρκίνο, τα συναισθήματα που μπορεί να βιώσει είναι ποικίλα, συχνά θα μεταβάλλονται και όλο αυτό θα έχει αρνητική επίδραση σε ψυχοκοινωνικό, σωματικό και οικονομικό επίπεδο. Εκτός από το άγχος της ασθένειας σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, μία από τις ανησυχίες που θα αντιμετωπίσει σε περίπτωση που εργάζεται, είναι η εργασιακή του πορεία του και τα έξοδα διαβίωσής του, ειδικά εάν υπάρχουν οικογένεια και εξαρτώμενα μέλη. Θα γεννηθούν πολλά ερωτήματα σχετικά με το εάν θα είναι σε θέση να εργάζεται, εάν δικαιούται αναρρωτική άδεια, επίδομα ασθένειας ή/και άλλα επιδόματα, για πόσο καιρό, η εύρεσης νέας εργασίας κ.α. Επιπλέον, είναι εύλογο να φοβάται να το αναφέρει στον εργοδότη, στους συναδέλφους, ή στους υπαλλήλους του, εάν είναι ελεύθερος επαγγελματίας ή αυτοαπασχολούμενος, σκεπτόμενος τυχόν αρνητικές αντιδράσεις.

Παρόλα αυτά για ένα εργαζόμενο ασθενή η απασχόληση σίγουρα ενισχύει στο να δίνει βάση σε κάτι άλλο πέρα από τον καρκίνο, τον καθησυχάζει και τον βοηθάει στο να επιστρέψει στην παλιά του ζωή και στον τρόπο ζωής που είχε υιοθετήσει (ESMO & ECPC, 2017).

2.2.1 Ελλάδα

Όταν λάβει τη διάγνωση ένας εργαζόμενος ασθενής, ο γιατρός κατά κανόνα συζητάει μαζί του για τις θεραπείες που θα υποβληθεί και για το εάν είναι εφικτή η συνέχιση ή όχι της εργασίας του, φυσικά πάντα υπό προϋποθέσεις. Οι γιατροί ορισμένες φορές ρωτούν τον ασθενή για τη φύση της απασχόλησής του (ρουτίνας, αγχωτική, απαιτητική, κα) και τις συνθήκες (π.χ. εργασία γραφείου, βιομηχανίας, χειρωνακτική, ορθοστασίας, κα), το ωράριο (πλήρη ή μερική απασχόληση), τον χώρο εργασίας του (εσωτερικός, εξωτερικός, κα), τον τομέα (ιδιωτικός, δημόσιος, αυτοαπασχολούμενος), εάν υπάρχει δυνατότητα ευελιξίας στον χώρο εργασίας και πολλούς ακόμη παράγοντες. Έχοντας λοιπόν υπόψιν τις παρενέργειες των θεραπειών, το προφίλ του ασθενή (ηλικία, συνοσηρότητες, ψυχολογική κατάσταση, κλπ) και εάν οι συνθήκες του χώρου εργασίας είναι απαιτητικές, συνήθως προτείνεται από τον γιατρό η χορήγηση αναρρωτικής άδειας συγκεκριμένων ημερών (αναλόγως με τη θεραπεία που υποβάλλεται), εβδομάδων, μηνών ή/και ετών, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τον καρκίνο και τα συμπτώματα των θεραπειών. Είναι λίγο δύσκολο να προβλεφθεί το χρονικό διάστημα που θα χρειαστεί, ο ασθενής, τότε ή ακόμα και αν, αυτή η κατάσταση θα βελτιωθεί (ESMO & ECPC, 2017).

Επιπλέον ο εργαζόμενος έχοντας να διαχειριστεί την ασθένειά του και την συνέχιση της ζωής του, μη γνωρίζοντας τις αλλαγές που θα έλθουν στην καθημερινότητά του και συγκεκριμένα στην εργασία του, θα έρθει αντιμέτωπος επίσης, με διαδικασίες όπως για παράδειγμα η ενημέρωση του εργοδότη του ή του υπεύθυνου προσωπικού σχετικά με αίτημα αναρρωτικής άδειας, η συζήτηση για το εάν είναι εφικτή η συνέχισης της εργασίας του, τυχόν προσαρμογές που μπορούν να γίνουν στο πρότυπο εργασίας (τηλεργασία, ώρες, χρονοδιάγραμμα, κα), όπως επίσης για το εάν επιθυμεί να ενημερωθούν οι συνάδελφοί του. Επιπροσθέτως εάν θέλει να μείνει εργασιακά ενεργός, θα πρέπει να το συζητήσει με τον εργοδότη του και σε ποιον βαθμό αυτό είναι εφικτό, τα καθήκοντα που θα μπορεί να

αναλάβει και τυχόν βοήθεια που θα χρειαστεί. Εφόσον έχει ενημερωθεί ο εργαζόμενος ασθενής από το γιατρό, για τις συνθήκες που πρέπει να τηρούνται στον χώρο εργασίας του, όπως για παράδειγμα η μείωση επαφής με πολύ κόσμο ώστε να αποφευχθεί τυχόν λοίμωξη από παθογόνους ιούς λόγω ανοσοκαταστολής και επιθυμεί να εργαστεί, αυτές οι προϋποθέσεις θα πρέπει να κοινοποιηθούν στον εργοδότη και στους συναδέλφους του, ώστε να προφυλαχτεί όσο το δυνατόν περισσότερο και να εάν είναι εφικτό από τη φύση της εργασίας να γίνει αποδεκτό. Τέλος εάν δεν μπορούν να εφαρμοστούν κατάλληλες προσαρμογές στο πλαίσιο της εργασίας του ή έχουν σημαντική απώλεια της απόδοσης τους (φυσική κατάσταση) ή μπορεί να έχουν αναπτύξει συνοσηρότητες ως αποτέλεσμα της θεραπείας ή του ίδιου του καρκίνου προσωρινά (ESMO & ECPC, 2017), καλό θα ήταν να συζητηθεί και να εξεταστεί το χρονοδιάγραμμα αντικατάστασής του και επιστροφής του στην εργασία με τον εργοδότη του.

Επόμενο βήμα για την χορήγηση της αναρρωτικής άδειας είναι να απευθυνθεί στον ασφαλιστικό του φορέα για να διεκπεραιώσει όλες τις απαιτούμενες διαδικασίες, ώστε να λάβει τις άδειες και τα επιδόματα που δικαιούται. Αρχικά ο γιατρός του παρέχει τις απαιτούμενες γνωματεύσεις σε έντυπη μορφή. Στη συνέχεια πρέπει να έρθει σε επαφή με τον υπεύθυνο προσωπικού σε μεγάλες εταιρίες και φορείς ή τον λογιστή σε ΜΜΕ για την διαχείριση αυτών των θεμάτων. Κατόπιν χρειάζεται να απευθυνθεί στις αρμόδιες υπηρεσίες και να προσκομίσει τα απαραίτητα έγγραφα, όπως η γνωμάτευση αναρρωτικής άδειας, η συμπλήρωση υπεύθυνων δηλώσεων για επιδόματα, κλπ., στα γραφεία του ασφαλιστικού του φορέα. Οι διαδικασίες αυτές δεν γίνονται εφάπαξ, επαναλαμβάνονται για κάθε αλλαγή γνωμάτευσης περί αναρρωτικής άδειας και επιδομάτων για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να επισημανθεί, ότι για τον εργαζόμενο βρισκόμενο υπό θεραπεία, η απαίτηση να διαχειριστούν τα συμπτώματά της, αλλά και οι ενέργειες για ορθή προσκόμιση και επιτυχούς ασφαλούς χορήγησης αναρρωτικής άδειας και επιδομάτων είναι πάρα πολύ δύσκολη, κυρίως λόγω της εξάντλησης.

Το περιορισμένο επίπεδο ενέργειας, το οποίο περιγράφεται ως κόπωση ή εξάντληση, και η συναισθηματική κούραση λόγω του διαρκούς αγώνα με την ασθένεια (EU – OSHA, 2018), κάνει ιδιαίτερα δύσκολο έως ανέφικτο την διατήρηση ισορροπίας μεταξύ διαχείρισης της ασθένειας, της εργασίας και της διεκπεραίωσης των παραπάνω ενεργειών. Επομένως όλες τις παραπάνω ενέργειες, αναλαμβάνει κυρίως η οικογένεια ή ο φροντιστής του ασθενή και σε

ορισμένες περιπτώσεις οι κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, με εξουσιοδότηση προς αυτούς.

Για να γίνουν τα παραπάνω ο εργαζόμενος ασθενής έχει ανάγκη για πληροφόρηση και ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματά του και συγκεκριμένα με τα δικαιώματα σχετικά με την εργασία του. Κατά τους De Moor et al (2018) υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι επιζώντες από καρκίνο, θα ήθελαν να λάβουν υποστήριξη και πληροφορίες σχετικά την εργασία κατά τη διάρκεια της θεραπείας και άλλα ζητήματα που σχετίζονται με την απασχόληση, από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (De Moor et al, 2018).

Επιπλέον, όσο αφορά τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο δεν υπάρχει συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο. Σύμφωνα με την Γουργουλιάνη (2017), στο ελληνικό δίκαιο δεν υπάρχει ειδικός νόμος για τα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων ασθενών (μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και οι ασθενείς με καρκίνο) με βάση την κατάσταση της νόσου ως χρόνιας. Ο νομοθέτης τους χορηγεί τα ίδια ακριβώς δικαιώματα με τις άλλες κατηγορίες ασθενών και είναι η φύση της νόσου που υπαγορεύει την τελική εφαρμογή και τον τρόπο εφαρμογής του υπάρχοντος νόμου. Οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς απαρτίζουν μια ιδιαίτερη κατηγορία εξαιτίας της φύσης της ασθένειάς τους, η οποία έχει συνεχείς συνέπειες τόσο στην καθημερινότητα και στην ψυχολογία των ίδιων, των ατόμων που συμβιώνουν με αυτούς, όσο και σε αυτή του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. (Γουργουλιάνη, 2017).

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, στην Ελλάδα δεν υπάρχει νομοθετική ρύθμιση των δικαιωμάτων στην απασχόληση για τους ασθενείς με καρκίνο που είναι σε θέση να εργαστούν στη διάρκεια της θεραπείας τους και τους επιβίωσαντες. Δεν υπάρχει πουθενά κάποια πρόβλεψη, ούτε κίνητρα για τους εργοδότες για να τους προσλάβουν. Δεν υπάρχουν σαφείς προσδιορισμοί και ρητές νομοθετικές ρυθμίσεις. Δίνεται από τον νομοθέτη επίδομα για την αναγνώριση αναπηρίας, αλλά μόνο εφόσον αποδειχθεί ότι κάποιος είναι ασθενής. Εφόσον δεν είναι πλέον ασθενής, δεν δικαιούται τίποτα.

2.2.2 Ευρώπη

Παρόλο που έχουν αναγνωριστεί τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο στην Ευρώπη, δεν παρατηρείται ιδιαίτερο νομοθετικό πλαίσιο που να προστατεύει τα δικαιώματα του εργαζόμενου ασθενή και του επιβιώσαντα σε όλες τις χώρες. Στην Ιταλία, υπάρχει ένας νόμος που επιτρέπει στους ασθενείς να αλλάζουν σε εργασία μερικής απασχόλησης από εργασία πλήρους απασχόλησης που μπορεί να είχαν, ενώ υποβάλλονται σε θεραπεία και να επιστρέφουν στην εργασία πλήρους απασχόλησης μόλις είναι σε θέση. Συνιστάται σε όλες τις χώρες να εφαρμόσουν παρόμοια μέτρα. Δυστυχώς, δεν έχουν όλες οι χώρες νομικά πλαίσια για την επανένταξη των επιζώντων από καρκίνο στον χώρο εργασίας, παρότι όλο και περισσότερες χώρες δημιουργούν νομοθεσία για υποστήριξη και προστασία του δικαιώματος για επιστροφή στη εργασία (ESMO & ECPC, 2017).

Το 2018 οι συγγραφείς του έργου «Αποκατάσταση και επιστροφή στην εργασία μετά τον καρκίνο – εργαλεία και πρακτικές» για τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, σε συνεργασία με εμπειρογνώμονες, εντόπισαν 78 πρακτικές, πολιτικές, εργαλεία και παρεμβάσεις από 13 χώρες της Ε.Ε. (EU), τις Η.Π.Α. και την Αυστραλία. Ορισμένες παρεμβάσεις χαρακτηρίζονταν ως διευκολύνσεις εργασιακού χαρακτήρα και στόχευαν κυρίως στην μεταχείριση της κούρασης και την παροχή περισσότερης ευελιξίας όσον αφορά το ωράριο εργασίας ή τη μείωση του χρόνου εργασίας, ενδεχομένως υπό τη μορφή, μεταξύ άλλων, άδειας μετ' αποδοχών για ιατρικές επισκέψεις. Οι παρεμβάσεις περιείχαν προτάσεις για αλλαγές στα καθήκοντα, για προσαρμογές του φόρτου εργασίας, για παροχή βοήθειας και για αλλαγές στο προσωπικό (EU – OSHA, 2018).

Διαπιστώθηκε επίσης ότι στην πράξη χρησιμοποιείται μεγάλος αριθμός ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων, όπως η παροχή πληροφοριών σε ειδικό δικτυακό τόπο ή η παροχή συμβουλών μέσω τηλεφώνου, σχετικά με κατάρτιση σε θέματα καρκίνου και επιστροφής στην εργασία, υπηρεσίες αποκατάστασης, κατευθυντήριες γραμμές και διευκολύνσεις εργασιακού χαρακτήρα. Όσον αφορά τους εργοδότες, οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις μπορούσαν να τους βοηθήσουν να συντάξουν σχέδια επιστροφής στην εργασία για τους εργαζομένους με καρκίνο, να αναπτύξουν ιδέες για διευκολύνσεις εργασιακού χαρακτήρα με στόχο τη προώθηση της επιστροφής στην εργασία και να βελτιώσουν την επικοινωνία με τον

εργαζόμενο και τους συναδέλφους (EU – OSHA, 2018). Περισσότερες πληροφορίες θα δοθούν στην ενότητα 2.9.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η αναγκαιότητα ενημέρωσης και υποστήριξης σχετικά με τα δικαιώματα σε θέματα εργασίας, αποκατάστασης και επανένταξης σε αυτή, έδωσε το έναυσμα να δημιουργηθούν μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και κοινωνικές επιχειρήσεις σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία και τις Η.Π.Α. Έχουν ιδιαίτερο θετικό αντίκτυπο στις ζωές των ασθενών και των οικείων τους, καθώς τα αντικείμενά τους έχουν να κάνουν με την ενημέρωση και την συμβουλευτική εργαζομένων, εργοδοτών, αυτοαπασχολούμενων, φροντιστών, συμβούλων επαγγελματικής σταδιοδρομίας και επαγγελματιών υγείας. Συμπερασματικά, βασιζόμενοι στις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και στο άπλετο υλικό (καλές πρακτικές, κλπ) που υπάρχει σε άλλες χώρες, μπορούν να γίνουν μικρές προσαρμογές στο νομοθετικό πλαίσιο της χώρας μας και να υιοθετηθούν παρόμοιες παρεμβάσεις.

2.3 Ποιο είναι το πλαίσιο πληροφόρησης για θέματα εργασίας σχετικά με άδειες και επιδόματα; Από που μπορεί να αντλήσει πληροφορίες;

Όσον αφορά την πληροφόρηση για τα επιδόματα και τις αναρρωτικές άδειες υπάρχουν πληροφορίες αλλά είναι κατακερματισμένες σε διάφορες πηγές, παρέχοντας μερική ενημέρωση. Συνήθως είναι ιστότοποι ασφαλιστικών φορέων, επαγγελματικών οργανώσεων, νομοθετικών γραφείων και συλλόγων ασθενών. Επειδή όμως υπάρχουν αρκετοί ασφαλιστικοί φορείς με διαφορετικές παροχές και επιδόματα, οι ασθενείς δυσκολεύονται να βρουν ορθές και κατατοπιστικές πληροφορίες είτε λόγω αδυναμίας ή ευχρηστίας των ηλεκτρονικών μέσων, είτε λόγω ελλείψεως χρόνου και διάθεσης ή εξαιτίας της κοπώσεως.

Γενικά στην Ελλάδα, δεν υπάρχει διαφορετικό νομοθετικό πλαίσιο στις αναρρωτικές άδειες και στα επιδόματα εργαζομένων που διαγνώστηκαν με καρκίνο σε σχέση με άλλους ασθενείς, ισχύουν τα ίδια για όλους. Συνήθως, όσοι ασθενείς είναι εξοικειωμένοι με την εύρεση πληροφοριών στο διαδίκτυο, αντλούν πληροφορίες από σελίδες ασφαλιστικών φορέων όπως

για παράδειγμα το <https://www.efka.gov.gr/el> (e-ΕΦΚΑ) και ορισμένοι εργαζόμενοι ασθενείς ανατρέχουν επίσης, σε ιστοσελίδες συλλόγων ασθενών και μη κερδοσκοπικών οργανώσεων που έχουν ως αντικείμενο την υποστήριξη ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο.

2.3.1 Οργανώσεις και Σύλλογοι ασθενών

Οι οργανώσεις και οι σύλλογοι ασθενών έχουν ως βασικούς στόχους την επικοινωνία, την ενημέρωση, την υποστήριξη, την εκπαίδευση και την κοινωνικοποίηση των ασθενών. Απευθύνονται σε ασθενείς, στις οικογένειές και στους φροντιστές τους, σε γιατρούς και σε άλλους φορείς και προσπαθούν με τα μέσα που διαθέτουν, να ενημερώνουν έγκυρα το κοινό για θέματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας και να κοινωνικοποιούν μέσω ομάδων, ασθενείς που έχουν τις ίδιες δυσκολίες βρίσκοντας από κοινού λύσεις.

Οι σύλλογοι ασθενών έχουν εμβέλεια στην πόλη ή στην περιοχή ή στον συγκεκριμένο καρκίνο τον οποίο εκπροσωπούν. Ένας εργαζόμενος θα επικοινωνήσει τηλεφωνικώς με έναν σύλλογο ή μπορεί να ανατρέξει στις ιστοσελίδες τους, για να βρει τυχόν πληροφορίες που θα τον διευκολύνουν. Πολλές φορές όμως λόγω των συνεχών αλλαγών στην νομοθεσία και στις διαδικασίες που ακολουθεί ο κάθε ασφαλιστικός φορέας, καθιστά δύσχρηστη την εύρεση έγκυρων και έγκαιρων πληροφοριών, με αποτέλεσμα να χρήζουν τακτικά επανακοινοποίησης από τους διαχειριστές τους.

Αξίζει να τονιστεί ότι η ΕΛΛ.Ο.Κ. – Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, σύλλογοι και ΜΚΟ όπως: το ΑγκαλιάΖΩ – Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου, το ΚΕΦΙ – Σύλλογος Καρκινοπαθών, Φίλων και Ιατρών Αθηνών, το ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ – Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού (σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα), η Πνοή Αγάπης και το Άγγιγμα Ζωής, αποτελούν ένα τμήμα του συνόλου των συλλόγων στους οποίους απευθύνονται ασθενείς για να βρουν έγκυρες πληροφορίες. Οι παραπάνω σύλλογοι τροφοδοτούν με χρήσιμες και έγκυρες πληροφορίες τις ιστοσελίδες τους, παρέχουν ενημέρωση τηλεφωνικώς ή αυτοπροσώπως στα γραφεία τους και κατευθύνουν τους ασθενείς και τους επιβιάσαντες σε θέματα που αφορούν τα εργασιακά τους δικαιώματα και άλλα πολλά όπως συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη, κλπ.

Πιθανόν όμως, να είναι λίγο δύσκολο για τον ασθενή στην ιδιαίτερη κατάσταση που θα βρίσκεται, να σκεφτεί ή να επιδιώξει να ανατρέξει ο ίδιος ή οι φροντιστές σου σε τέτοιες ιστοσελίδες. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς ζητούν υποστήριξη από τους συλλόγους ασθενών, εφόσον έχουν ολοκληρώσει τις θεραπείες τους, διότι είτε έχουν χάσει την εργασία τους, είτε δυσκολεύονται να επιστρέψουν στον χώρο εργασίας τους, για τους προαναφερόμενους λόγους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, αρμοδιότητα και ευθύνη των συλλόγων δεν είναι η υποστήριξη των ασθενών, ώστε να βρουν εργασία ή να επανενταχθούν στην ήδη υπάρχουσα. Οι σύλλογοι ασθενών δεν μπορούν να αντικαταστήσουν το κράτος, διότι είναι ευθύνη του. Το κράτος όμως, μπορεί να συνεργαστεί με τους συλλόγους και τις οργανώσεις ασθενών, ώστε να χρησιμοποιήσει όλη αυτήν την εμπειρία που δεν υπάρχει πουθενά αλλού. Διότι, μετά από τόσα χρόνια οι πληροφορίες και η υποστήριξη που παρέχουν, συνδυαζόμενες με τις ψηφιακές διασυνδέσεις που έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα τον τελευταίο καιρό (υπηρεσίες μέσω gov.gr), λόγω της πανδημίας COVID-19 και με την αρωγή των κατάλληλων φορέων, δύνανται να δημιουργήσουν εύκολες και εύχρηστες λύσεις και να υλοποιήσουν τις αρμόζουσες υπηρεσίες για την πληροφόρηση των ασθενών με καρκίνο.

2.4 Δικαιώματα εργαζομένων και παροχές

Οι πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα των εργαζομένων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, όσον αφορά τη χορήγηση αναρρωτικής άδειας, επιδόματος ασθενείας, μείωση ωραρίου, κα., είναι όμοιες με αυτές των εργαζομένων που έχουν κάποια άλλη ασθένεια. Ποικίλλουν οι παροχές αναλόγως στον φορέα στον οποίο απασχολούνται, δηλαδή δημόσιο ή ιδιωτικό και αυτοαπασχολούμενοι (εδώ συγκαταλέγονται οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι αγρότες). Παρακάτω θα γίνει αναφορά σε ορισμένα μόνο δικαιώματα των εργαζομένων, διότι βασικός σκοπός της διατριβής είναι, να γίνει αντιληπτό ότι υπάρχουν πληροφορίες, ότι βρίσκονται κατακερματισμένες στους ιστοτόπους ασφαλιστικών φορέων, συλλόγων ασθενών, ΜΚΟ και άλλων εμπλεκόμενων οργανισμών. Ο συνδυασμός των παραπάνω πηγών πληροφόρησης, καθιστά δύσκολη την ενημέρωση και την διασύνδεση του εργαζόμενου που έχει διαγνωστεί με καρκίνο, με τις υπηρεσίες στις οποίες θα πρέπει να απευθυνθεί, για να λάβει τις παροχές που δικαιούται.

2.4.1 Ασθένεια και αναρρωτική άδεια

Εξαιτίας των σωματικών, πνευματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, οι εργαζόμενοι που ακολουθούν αντινεοπλασματική θεραπεία, ενδεχομένως να χρειάζεται να πάρουν αναρρωτική άδεια, διότι είναι μειωμένη η ικανότητά τους να εργαστούν και δεν μπορούν πλέον να εκτελούν τα συνηθισμένα τους καθήκοντα.. Παραδείγματος χάριν, οι εργαζόμενοι με καρκίνο μπορεί να μην είναι σε θέση να εργαστούν λόγω καταπόνησης ή νοητικών προβλημάτων από τα οποία ταλαιπωρούνται αρκετά έτη εφόσον έχουν τελειώσει με τις θεραπείες (EU – OSHA, 2018).

2.4.1.1. Ιδιωτικοί υπάλληλοι

Η απουσία από την δουλειά των εργαζόμενων, λόγω της ασθένειάς τους, επηρεάζει στην ουσία τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα τόσο των ίδιων όσο και των εργοδοτών, που προκύπτουν από τη μεταξύ τους εργασιακή σχέση. Συγκεκριμένα είναι, οι συνέπειες στη σύμβαση εργασίας, το δικαίωμα του εργαζομένου να λάβει τις αμοιβές του και την καταβολή του επιδόματος ασθενείας από τον οικείο ασφαλιστικό φορέα, με παράλληλη υποχρέωση της εργοδοσίας για πληρωμή της μισθοδοσίας. Η ασθένεια του εργαζομένου αποτελεί εμπόδιο, που αιτιολογεί καταρχάς την απουσία του από την εργασία του χωρίς συνέπειες. Συνεπώς, η σύμβαση εργασίας συνεχίζεται, ενώ παράλληλα ο μισθός και τα ημερομίσθια καταβάλλονται με καθορισμένες προϋποθέσεις (ΚΕΠΕΑ).

Κάθε εργαζόμενος που κωλύεται να προσέλθει στην εργασία του λόγω ασθένειας, πρέπει να γνωστοποιήσει τον εργοδότη του την αδυναμία του να εργαστεί. Για την απόδειξη της ασθένειας, ο εργαζόμενος ασθενής πρέπει να παρουσιάσει στον εργοδότη βεβαίωση ιατρού του οικείου ασφαλιστικού φορέα (π.χ. ΕΦΚΑ). Σύμφωνα με το Κέντρο Πληροφόρησης Εργαζομένων & Ανέργων της Γ.Σ.Ε.Ε. *«Η απουσία του εργαζόμενου από την εργασία του λόγω ασθένειας βραχείας διάρκειας δεν θεωρείται ως λύση της σύμβασης εργασίας εκ μέρους του εργαζόμενου (άρθρο 5 του Ν. 2112/1920). Ο εργαζόμενος δικαιούται να απουσιάσει από την εργασία του, χωρίς να διατρέχει τον κίνδυνο να θεωρηθεί ότι έχει καταγγείλει σιωπηρώς τη σύμβαση εργασίας, δηλαδή ότι αποχώρησε οικειοθελώς, όταν η απουσία του οφείλεται σε ασθένεια μικρής διάρκειας (ή προκειμένου για γυναίκα σε λοχεία).»* Άρα, ο εργοδότης

υποχρεούται να δεχτεί τον εργαζόμενο στην υπηρεσία μετά την επιστροφή του από την ασθένεια (ΚΕΠΕΑ).

Ως βραχεία διάρκεια ασθένεια, βάσει του Ν.4558/30, αποτελεί αυτή που διαρκεί, πάντα στον ίδιο εργοδότη από:

- Ένα μήνα για όσους υπηρετούν μέχρι 4 χρόνια
- Τρεις μήνες για όσους υπηρετούν από 4 μέχρι 10 χρόνια
- Τέσσερις μήνες για όσους υπηρετούν από 10 μέχρι 15 χρόνια
- Έξι μήνες για όσους υπηρετούν από 15 χρόνια και πάνω

Τα όρια του χρονικού διαστήματος της ασθένειας ξεκινούν από την ημέρα που ο εργαζόμενος έλειψε λόγω της ασθένειάς του και τελειώνουν την αντίστοιχη ημέρα του μηνός, 3 μηνών κλπ. Επισημαίνεται ότι σε αυτά συμπεριλαμβάνονται οι Κυριακές, εορτές και λοιπές μη εργάσιμες ημέρες (ΚΕΠΕΑ).

Κάθε εργαζόμενος μισθωτός υπάλληλος που έχει σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, ανεξαρτήτως με το χρονικό διάστημα που διήρκεσε η εργασία του πριν από την απουσία του δικαιούται αυτήν την προστασία και δεν μελετάται η υπαιτιότητα στην ασθένειά του. Συνεπώς, είναι άνευ σημασίας αν η ασθένεια οφείλεται στην εργασία ή σε άλλη αιτία. Κατά την διάρκεια ασθένειας του εργαζόμενου δεν απαγορεύεται η καταγγελία της σύμβασης εργασίας από τον εργοδότη, εκτός εάν ορίζεται αλλιώς από ειδικές διατάξεις ή από ατομική σύμβαση εργασίας, εφόσον όμως τηρηθούν οι νόμιμες διατυπώσεις και δοθεί η οφειλόμενη αποζημίωση ή να μη γίνει αυτή κατά κατάχρηση δικαιώματος (ΑΚ 281) (ΚΕΠΕΑ).

2.4.1.2 Δημόσιοι υπάλληλοι

Στο άρθρο 54 του Υπαλληλικού Κώδικα το δικαίωμα του εργαζόμενου ασθενή που εργάζεται στον δημόσιο τομέα ορίζεται ως: *«1.Στον υπάλληλο που είναι ασθενής ή χρειάζεται να αναρρώσει, χορηγείται αναρρωτική άδεια με αποδοχές τόσων μηνών όσα είναι τα έτη της υπηρεσίας του, από την οποία αφαιρείται το σύνολο των αναρρωτικών αδειών που τυχόν έχει λάβει μέσα στην προηγούμενη πενταετία. Αναρρωτική άδεια χορηγούμενη χωρίς διακοπή δεν μπορεί να υπερβεί τους 12 μήνες. Χρόνος υπηρεσίας τουλάχιστον έξι μηνών θεωρείται ως πλήρες έτος. 2. Στην αναρρωτική άδεια συνυπολογίζονται και οι ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας που προηγήθηκαν της άδειας. 3. Στον υπάλληλο που πάσχει από δυσίατο νόσημα,*

χορηγείται αναρρωτική άδεια, της οποίας η διάρκεια είναι διπλάσια από τη διάρκεια των αδειών των προηγούμενων παραγράφων. 4. Τα δυσίατα νοσήματα καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. Ο Χαρακτηρισμός των δυσίατων νοσημάτων λαμβάνει χώρα μέσω του υπ' αριθμ. 1386/22.10.2001 ΦΕΚ (Τεύχος Β), μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και ο καρκίνος». (Φωτοπούλου, 2019).

Επίσης, σύμφωνα με πληροφορίες από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού – Άλμα Ζωής για το άρθρο 54 του Υ.Κ., «...υπάλληλος, ο οποίος δεν έχει συμπληρώσει χρόνο υπηρεσίας έξι (6) μηνών, δικαιούται να λάβει τις βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες που προβλέπονται. Μετά την εξάντληση τους, ο υπάλληλος δικαιούται άδεια άνευ αποδοχών. Στην αναρρωτική άδεια συνυπολογίζονται και οι ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας που προηγήθηκαν της άδειας. Οι διατάξεις των άρ. 54 έως 56 του Υπαλληλικού Κώδικα για τη διάρκεια των αναρρωτικών αδειών εφαρμόζονται και στο προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου του δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού (βλ. άρ. 4 παρ. 5, Ν. 2839/2000 και άρ. 12 παρ. 6 και 7, Ν. 3230/2004, με τις οποίες επεκτάθηκε η ισχύς των ανωτέρω άρθρων και στο προσωπικό αυτό)» (Άλμα Ζωής).

Ακόμη αναφορικά με την χορήγηση αναρρωτικής άδειας, περιγράφεται το εξής στο άρθρο 55 του Υ.Κ: «...1. Η αναρρωτική άδεια χορηγείται ανά μήνα με εξαίρεση την περίπτωση των δυσίατων νοσημάτων, όπως αυτά ορίζονται με την απόφαση της παραγράφου 4 του άρ. 54, που χορηγείται ανά εξάμηνο κατ' ανώτατο όριο. 2. Βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες χορηγούνται με γνωμάτευση θεράποντος ιατρού έως οκτώ (8) ημέρες κατ' έτος. Δύο (2) εξ αυτών, αλλά όχι συνεχόμενες, μπορούν να χορηγούνται μόνο με υπεύθυνη δήλωση του υπαλλήλου. 3. Ο υπάλληλος υποχρεούται να δεχτεί την επίσκεψη του ελεγκτή ιατρού. 4. Η αποστολή ιατρού για έλεγχο υπαλλήλου, που κάνει χρήση βραχυχρόνιων αναρρωτικών αδειών κατ' επανάληψη, είναι υποχρεωτική για την υπηρεσία και η τυχόν παράλειψη της συνιστά πειθαρχικό παράπτωμα του αρμοδίου προϊσταμένου της διεύθυνσης διοικητικού.» (Υπουργείο Εσωτερικών & Διοικητικής Ανασυγκρότησης, 2015).

Επίσης σύμφωνα με τις διατάξεις των παρ. 1 και 2 του άρθρου 56 του Υπαλληλικού Κώδικα (ν. 3528/2007) επισημαίνεται ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι, σε περίπτωση κωλύματος λόγω της ασθένειάς τους, έχουν την υποχρέωση της έγκαιρης ενημέρωσης της υπηρεσίας τους, την ίδια

ημέρα. Εντός επτά ημερών από την απουσία τους λόγω ασθένειας, πρέπει να υποβληθεί η αίτησή τους. Επιπλέον, οι υπάλληλοι έχουν υποχρέωση υποβολής της σχετικής αίτησης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, ώστε στη συνέχεια οι αρμόδιες Διευθύνσεις Διοικητικού/Προσωπικού, να είναι σε θέση να τις εξετάσουν εντός εύλογου χρόνου και να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες (Υπουργείο Εσωτερικών & Διοικητικής Ανασυγκρότησης, 2015).

2.4.1.3 Εργαζόμενοι στις ένοπλες δυνάμεις

Για τους οπλίτες, δόκιμους έφεδρους αξιωματικούς (ΔΕΑ), επίκουρους αξιωματικούς και έφεδρους αξιωματικούς που υπηρετούν στις Ένοπλες Δυνάμεις για να πιστοποιήσουν την ασθένειά τους, απευθύνονται στις αντίστοιχες Ανώτατες Υγειονομικές Επιτροπές στο σώμα που υπηρετούν και ισχύουν τα παρακάτω για τις αναρρωτικές άδειες:

«1. Η αναρρωτική άδεια χορηγείται από τις αρμόδιες Επιτροπές Αναρρωτικών Αδειών (ΕΑΑ) των Ενόπλων Δυνάμεων. Αυτές ενημερώνουν σχετικά εντός της ίδιας ημέρας τις Μονάδες των υπηρετούντων που έλαβαν την αναρρωτική άδεια. Οι αποφάσεις των Επιτροπών Αναρρωτικών Αδειών για την χορήγηση αναρρωτικής άδειας, εφαρμόζονται υποχρεωτικά τόσο από τις Μονάδες όσο κι απ' αυτούς στους οποίους αφορούν. 2. Η αναρρωτική άδεια χορηγείται οποτεδήποτε κατά την διάρκεια εκπλήρωσης της στρατιωτικής υποχρέωσης, σύμφωνα με τις διατάξεις που κάθε φορά ισχύουν για την λειτουργία των Επιτροπών Αναρρωτικών Αδειών. 3. Η αναρρωτική άδεια μέχρι τρεις (3) ημέρες για κάθε πλήρες δίμηνο πραγματικής στρατιωτικής υπηρεσίας που οι υπηρετούντες οφείλουν να υπηρετήσουν, λογίζεται ως χρόνος πραγματικής στρατιωτικής υπηρεσίας. Ως πλήρες δίμηνο θεωρείται και ο πλήρης μήνας που τυχόν απομένει μετά την αφαίρεση των διμήνων από το σύνολο της καθοριζόμενης προς απόλυση πραγματικής στρατιωτικής υπηρεσίας. ... 5. Διευκρινίζεται επίσης ότι σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 41 του ν. 3421/2005, ολόκληρη η αναρρωτική άδεια που χορηγείται στους εφέδρους αξιωματικούς, επίκουρους αξιωματικούς και ΔΕΑ, λογίζεται ως χρόνος πραγματικής στρατιωτικής υπηρεσίας.» (Πολεμικό Ναυτικό, 2021).

Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 4 της Υπουργικής Απόφασης Φ.400/34/292616/Σ4753/ΦΕΚ Β 2808/06.09.2016 ισχύουν τα παρακάτω: *«1. Οι αναρρωτικές άδειες διακρίνονται σε συνήθειες και μακρές. 2. Οι συνήθειες αναρρωτικές άδειες είναι διάρκειας μικρότερης των τριών (3) μηνών και χορηγούνται στα στελέχη των ΕΔ, καθώς και στους Επαγγελματίες Οπλίτες μετά την*

ορκωμοσία τους, κατόπιν σχετικής γνωμάτευσης της αρμόδιας κατά Κλάδο Υγειονομικής Επιτροπής των ΕΔ, μετά από νοσοκομειακή νοσηλεία. 3. Εφόσον μετά τη λήξη της συνήθους αναρρωτικής άδειας, οι λόγοι υγείας, για τους οποίους χορηγήθηκε προηγούμενη αναρρωτική άδεια, εξακολουθούν να υφίστανται, το στέλεχος ή ο Επαγγελματίας Οπλίτης μετά την ορκωμοσία του παραπέμπεται στην αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή του οικείου Κλάδου, προκειμένου να του χορηγηθεί νέα συνήθης αναρρωτική άδεια. Στην περίπτωση αυτή, η διάρκεια της νέας αναρρωτικής άδειας δεν δύναται να υπερβαίνει, αθροισόμενη με τη διάρκεια της προηγούμενης αναρρωτικής άδειας, τις ογδόντα εννέα (89) ημέρες. 4. Οι μακρές αναρρωτικές άδειες διέπονται από τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις περί καταστάσεων των στελεχών των ΕΔ.» (Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, 2016). Να διευκρινιστεί ότι γίνεται μια απλή αναφορά και δεν έχει γίνει λεπτομερής έρευνα για όλα τα σώματα ενόπλων δυνάμεων, όπως επίσης και για διατάξεις που μπορεί να ισχύουν σήμερα.

2.4.1.4 Αυτοαπασχολούμενοι

Σε περίπτωση που αυτοαπασχολούμενοι, ελεύθεροι επαγγελματίες ή αγρότες απωλέσουν την ικανότητα εργασίας τους λόγω διάγνωσης καρκίνου και υποβληθούν σε επιβαρυντική αντινεοπλασματική θεραπεία, η οποία θα δυσχεραίνει την ικανότητα να εργαστούν, δεν έχουν παροχές όπως η αναρρωτική άδεια, αλλά δύναται να πάρουν ένα είδος επιδόματος ασθενείας μετά από κάποιες ημέρες αποχής και υπό προϋποθέσεις.

2.4.2. Δικαίωμα ειδικής άδειας

Στον δημόσιο τομέα οι εργαζόμενοι σύμφωνα με το άρθρο 50 παρ. 2 & 4 του Υπαλληλικού Κώδικα: «... 2. υπάλληλοι που πάσχουν ή έχουν σύζυγο ή τέκνο που πάσχει από νόσημα το οποίο απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζει περιοδικής νοσηλείας δικαιούνται ειδική άδεια με αποδοχές έως είκοσι δύο (22) εργάσιμες ημέρες το χρόνο. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζονται τα νοσήματα του προηγούμενου εδαφίου...4. Υπάλληλοι με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω δικαιούνται από την υπηρεσία κάθε ημερολογιακό έτος άδεια με αποδοχές έξι (6)

εργασίμων ημερών επιπλέον της κανονικής τους άδειας» (Υπουργείο Εσωτερικών & Διοικητικής Ανασυγκρότησης, 2015).

Για εργαζόμενους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα «...δεν προβλέπεται αντίστοιχο δικαίωμα άδειας περιοδικής νοσηλείας με αποδοχές ως 22 ημέρες, εφόσον ο μισθωτός – υπάλληλος χρήζει νοσηλείας σε ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο. Υπάρχει μια εξαίρεση στο άρθρο 8 της ΕΓΣΣΕ των ετών 2002 και 2003, όπου προβλέπεται ότι εργαζόμενοι με εξαρτημένη σχέση εργασίας, που έχουν υπηρεσία μέχρι τεσσάρων ετών στον ίδιο εργοδότη, οι οποίοι πάσχουν από νόσημα που απαιτεί μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων του ή αιμοκάθαρση και το οποίο έχει γνωστοποιηθεί στον εργοδότη, δικαιούνται έως είκοσι δύο (22) εργάσιμες ημέρες το χρόνο επιπλέον άδεια με αποδοχές. Επίσης δεν προβλέπεται παροχή άδειας έξι (6) ημερών, επιπλέον της κανονικής τους άδειας για υπάλληλους με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω.» (Φωτοπούλου, 2019).

2.4.3 Μειωμένο ωράριο

«Στην παρ. 5 του άρθρου 16 του Ν. 2527/1997 προβλέπεται η μείωση του ωραρίου εργασίας κατά μία ώρα την ημέρα για αυτούς που έχουν από τα ΚΕΠΑ αποδεδειγμένη αναπηρία 67% και άνω υπαλλήλους του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. χωρίς ανάλογη περικοπή των αποδοχών τους. Το ποσοστό αναπηρίας βεβαιώνεται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τις ισχύουσες διατάξεις. Το εν λόγω δικαίωμα δύναται να ασκείται με την προϋπόθεση πρωτίστως ότι διαφυλάσσεται το δημόσιο συμφέρον και δεν διαταράσσεται η εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών στις οποίες υπηρετούν οι δικαιούχοι. Δεν προβλέπεται μειωμένο ωράριο για τους έχοντες ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω στον ιδιωτικό τομέα.» (Φωτοπούλου, 2019).

2.4.4 Επίδομα ασθενοείας

Σύμφωνα με τον ΕΦΚΑ: «Επίδομα ασθενοείας δικαιούνται οι άμεσα ασφαλισμένοι που εργάζονται και οι οποίοι λόγω σωματικής ή ψυχικής ασθένειας δεν μπορούν να εργασθούν προσωρινά και απουσιάζουν από την εργασία τους για περισσότερες από τρεις μέρες για πρώτη φορά μέσα στο εργασιακό έτος. Ο αριθμός ημερών της ανικανότητας για εργασία πρέπει να βεβαιωθεί από την πρώτη μέρα κατόπιν αιτιολογημένης γνωμάτευσης γιατρού ειδικότητας της

πάθησης και έγκρισης από ελεγκτή ιατρό του ΕΟΠΥΥ. Σε περίπτωση νοσηλείας είναι απαραίτητη η προσκόμιση πρωτότυπου εξιτηρίου που θα φέρει στρογγυλή σφραγίδα. Όλες οι βεβαιώσεις ανικανότητας από ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικές κλινικές ανεξαρτήτως αριθμού ημερών παραπέμπονται στη Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή (ΑΥΕ). Οι νοσηλείες σε δημόσια νοσοκομεία χρειάζονται έγκριση από ΑΥΕ μόνο στην περίπτωση που υπερβαίνουν τις τριάντα (30) μέρες. Ανάλογα με την εργασία/επάγγελμα του ασφαλισμένου διαφέρουν ανά πρώην φορέα ασφάλισης, οι προϋποθέσεις χορήγησης και η διαδικασία. Άρα ο ασφαλισμένος είναι χρήσιμο να γνωρίζει το προ ΕΦΚΑ κλάδο ασφάλισής του (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ - ΜΜΕ κτλ). Η διάρκεια επιδότησης ποικίλλει ανάλογα με τον φορέα ασφάλισης, μετά τη δήλωση ασθένειας ή μετά τη διάγνωση από γιατρό με ειδικότητα της πάθησης. Το επίδομα ασθενείας χορηγείται σε κάθε τέως φορέα μετά από αίτηση του ασφαλισμένου.» (e-ΕΦΚΑ).

Οι προϋποθέσεις για την χορήγηση επιδόματος ασθενείας σε μισθωτούς εργαζόμενους διαφέρουν ανάλογα με την εργασία/επάγγελμα του ασφαλισμένου. Συγκεκριμένα: «Τέως ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να έχουν συμπληρωθεί 120 ημέρες ασφάλισης τον προηγούμενο χρόνο ή στο τελευταίο 15μηνο, χωρίς να υπολογίζονται οι τρεις τελευταίοι μήνες (Οδηγός ασφαλισμένου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ).

Πρώην ΕΤΑΠ - ΜΜΕ: (Α) ΤΑΙΣΥΤ // Τομέας Υγείας Ιδιοκτητών, Συντακτών και Υπαλλήλων Τύπου - Β' Περιφερειακή Διεύθυνση Ασφάλισης Παροχών (Β) ΤΑΤΤΑ // Τομέας Υγείας Τεχνικών Τύπου Αθηνών - Γ' Περιφερειακή Διεύθυνση Ασφάλισης Παροχών, (Γ) ΤΣΕΥΠ // Τομέας Υγείας Εφημεριδοπωλών και Υπαλλήλων Πρακτορείων Αθηνών -Δ' Περιφερειακή Διεύθυνση Ασφάλισης Παροχών: Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συμπλήρωση χρόνου ασφάλισης στο ταμείο τριών (3) μηνών, η μη λήψη σύνταξης από το ταμείο και τέλος να απέχουν από την εργασία τους λόγω ασθένειας που δεν οφείλεται σε δόλο αυτών άνω των τεσσάρων (4) ημερών.

Τέως ΕΤΑΑ: α) Τομέας Υγείας Δικηγόρων Αθηνών: Χορηγείται σε εν ενεργεία δικηγόρους και ασκούμενους που αποδεδειγμένα αδυνατούν να ασκήσουν τα καθήκοντά τους. Ποσό επιδότησης για τους έγγαμους 14,00€ ημερησίως όταν βρίσκεται στο νοσοκομείο και 12,00€ στην οικία τους και για τους άγαμους 12,00€ και 8,00€ ημερησίως αντίστοιχα και μέχρι τρεις (3) μήνες για κάθε ημερολογιακό έτος. Επίδομα ασθενείας δεν καταβάλλεται στους δικαιούχους λόγω θανάτου, ακόμη και όταν η αίτηση για χορήγηση επιδόματος έχει υποβληθεί πριν το θάνατο του

άμεσα ασφαλισμένου. Εξαιρούνται οι χρόνια πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που έχουν ανάγκη αιμοκάθαρσης και τεχνικής υποστήριξης, στους οποίους χορηγείται το πιο πάνω επίδομα ασθενείας για όσες ημέρες υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Προϋπόθεση για τη χορήγηση επιδόματος ασθενείας είναι: 1) Για όσους παραμένουν κλινήρεις στο σπίτι, να έχουν περάσει δέκα (10) ημέρες από την αποχή των καθηκόντων τους. Το επίδομα καταβάλλεται και για τις ημέρες αυτές. Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, καταβάλλεται από την πρώτη ημέρα νοσηλείας. Να μην παίρνει ο ασθενής πάγια αντιμισθία, χορηγία ή σύνταξη.

β) ΤΥΔΠ - Τομέας Υγείας Δικηγόρων Πειραιώς: Καταθέτει την αίτηση με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Αν είναι εκπρόθεσμη η αίτηση θα ενημερωθεί ο άμεσα ενδιαφερόμενος για την απόρριψη του αιτήματός του. Παράλληλα θα ενημερωθεί για το δικαίωμα της ένστασης και τη διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσει.

γ) ΤΥΠΔΘ - Τομέας Υγείας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης: χορηγείται σε εν ενεργεία δικηγόρους σε περίπτωση ολικής ανικανότητας από βαριά ασθένεια που διαρκεί πάνω από 20 ημέρες. Ποσό ημερήσιου επιδόματος: Έγγαμοι 27€ (για το Α' εξάμηνο) και 13,50€ (για το Β' εξάμηνο), άγαμοι 18€ (για το Α' εξάμηνο) και 9€ (για το Β' Εξάμηνο), και μέχρι 2 χρόνια. Δικαιολογητικά: 1) Εισιτήριο - Εξιτήριο Νοσοκομείου ή κλινικής 2) Ιατρική γνωμάτευση νοσηλευτικού ιδρύματος ή ειδικού γιατρού για πάθηση ή απόφαση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής 3) Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν κατέχει θέση με πάγια αντιμισθία, ούτε λαμβάνει χορηγία ή σύνταξη και δεν είναι γενικά έμμισθος 4) Για τους έγγαμους πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης 5) Βεβαίωση παραστάσεων δικηγορικού συλλόγου για το χρονικό διάστημα της ασθένειας 6) Πρώτη σελίδα βιβλιαρίου τραπέζης.

Πρώην ΤΑΥΤΕΚΩ: Τομέας Ασθενείας Προσωπικού ΗΛΠΑΠ (ΤΑΠ-ΗΛΠΑΠ): Επίδομα Ασθενείας: Μέχρι 300 ημερομίσθια το χρόνο.» (e- ΕΦΚΑ).

Σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις των άρθρων 657 και 658 του Αστικού Κώδικα, κατά τις οποίες, ο εργαζόμενος που λείπει από την εργασία του λόγω ασθένειας και εφόσον έχει εργαστεί τουλάχιστον 10 ημέρες, δικαιούται απολαβές ως εξής: α) για τον 1^ο εργασιακό χρόνο οφείλεται μισθός έως μισού μηνός, β) για τα επόμενα χρόνια οφείλεται μισθός έως ενός μηνός. Από τις απολαβές αυτές αφαιρούνται οι χορηγήσεις επιδομάτων που έχει λάβει ο εργαζόμενος από τον οικείο ασφαλιστικό του φορέα. Ο εργαζόμενος ασθενής τις παραπάνω

μισθολογικές απαιτήσεις τις δικαιούται κάθε εργασιακό χρόνο (δηλαδή εκείνο που αρχίζει από την ημερομηνία πρόσληψής του) και όχι κάθε ημερολογιακό χρόνο (ΚΕΠΕΑ).

Επίσης σύμφωνα με το Κέντρο Πληροφόρησης Εργαζομένων και Ανέργων της Γ.Σ.Ε.Ε. ο εργαζόμενος ασθενής δικαιούται καταβολής επιδόματος ασθενείας από τον οικείο ασφαλιστικό φορέα, με παράλληλη υποχρέωση του εργοδότη για πληρωμή του μισθού. Συγκεκριμένα: «Σύμφωνα με το άρθρο 35 του Α.Ν. 1846/1951, όπως τροποποιήθηκε με το Ν.Δ. 2961/1954, ο εργαζόμενος που απουσιάζει από την εργασία του λόγω ασθένειας, δικαιούται και επίδομα ασθενείας από τον ΕΦΚΑ με βάση τις εξής προϋποθέσεις: α) να έχει πραγματοποιήσει 120 τουλάχιστον ημέρες εργασίας (ασφάλισης) κατά το αμέσως προηγούμενο της αναγγελίας της ασθένειας ημερολογιακό έτος ή κατά το προηγούμενο της αναγγελίας αυτής δεκαπεντάμηνο, χωρίς όμως στην περίπτωση αυτή να υπολογίζονται οι ημέρες εργασίας του τελευταίου τριμήνου του δεκαπεντάμηνου, β) να πιστοποιείται η ανικανότητά του για εργασία λόγω ασθένειας από τον αρμόδιο ιατρό του ΕΦΚΑ. γ) η ασθένεια να μην οφείλεται σε πταίσμα του εργαζόμενου, δ) η αποχή από την εργασία λόγω ασθένειας να διήρκεσε πέραν των τριών ημερών, ε) να μη λαμβάνει σύνταξη από τον ΕΦΚΑ. Το επίδομα ασθενείας καταβάλλεται λόγω της ανικανότητας προς εργασία για όλες τις ημέρες συμπεριλαμβανομένων και των μη εργάσιμων, άσχετα με την ανάγκη παροχής ιατρικής περίθαλψης. Απαραίτητη όμως προϋπόθεση είναι η αποχή από κάθε εργασία του ασφαλισμένου. Πάντως, η τυχόν από τον εργοδότη μερική ή πλήρης καταβολή αποδοχών στον ασφαλισμένο δεν έχει στην προκείμενη περίπτωση καμία σημασία και το επίδομα ασθενείας καταβάλλεται πάντοτε ολόκληρο από τον ΕΦΚΑ» (ΚΕΠΕΑ). Υπάρχει μια εξαίρεση για τους οικοδόμους: «Κατ' εξαίρεση, όταν πρόκειται για οικοδόμους απαιτείται να έχουν πραγματοποιήσει α) 100 ημέρες εργασίας (ασφάλισης) στο προηγούμενο έτος ή δεκαπεντάμηνο και β) 200 ημέρες εργασίας, όλες σε οικοδομικές εργασίες, μέσα στα 2 προηγούμενα έτη ή 30μηνο, χωρίς να υπολογίζονται όμως οι ημέρες που πραγματοποιήθηκαν μέσα στο τελευταίο ημερολογιακό τρίμηνο του 30μηνου. Σε περίπτωση που δεν συντρέχουν και οι δύο αυτές προϋποθέσεις, τότε εφαρμόζονται οι γενικές διατάξεις που αναφέρθηκαν πιο πάνω.» (ΚΕΠΕΑ).

Κατ' εξαίρεση όσον αφορά τους αυτοτελώς αυτοαπασχολούμενους και όσους συνεχίζουν προαιρετικά την ασφάλισή τους, «..δικαιούνται να λάβουν επίδομα ασθενείας, εφόσον η αποχή τους από την εργασία έχει διαρκέσει πάνω από 10 ημέρες. Στην περίπτωση, αυτή το επίδομα καταβάλλεται από την 11^η ημέρα που αναγγέλλεται η ασθένεια στον ΕΦΚΑ.» (ΚΕΠΕΑ).

«Το ποσό του ημερήσιου επιδόματος ασθενείας ανέρχεται στο μισό του τεκμαρτού ημερομισθίου της ασφαλιστικής κλάσης στην οποία κατατάσσεται ο ασφαλισμένος, βάσει του μέσου όρου των αποδοχών του κατά τις τελευταίες 30 ημέρες εργασίας που πραγματοποίησε κατά το προηγούμενο από την αναγγελία της ασθένειάς του ημερολογιακό έτος. Για την εξεύρεση του τεκμαρτού ημερομισθίου δεν συνυπολογίζονται τα δώρα εορτών και το επίδομα αδείας. Το ποσό που βρίσκεται κατά τον πιο πάνω τρόπο αποτελεί το βασικό επίδομα ασθενείας. Αυτό προσαυζάνεται περαιτέρω κατά 10% για κάθε προστατευόμενο μέλος της οικογένειας του ασφαλισμένου, με ανώτατο όριο το 70% του τεκμαρτού ημερομισθίου της ασφαλιστικής κλάσης βάσει της οποίας υπολογίζεται αυτό και με ανώτερο όριο το τεκμαρτό ημερομίσθιο της 8^{ης} ασφαλιστικής κλάσης.» (ΚΕΠΕΑ).

«Το επίδομα ασθενείας καταβάλλεται από την τέταρτη ημέρα που αναγγέλλεται η ανικανότητα προς εργασία στην υπηρεσία του ΕΦΚΑ. Δηλαδή υπολογίζεται 3ημερος χρόνος αναμονής, ο οποίος, κατά την κρατούσα άποψη, υπολογίζεται μόνο μία φορά κατ' έτος. Ωστόσο, αν ο ασφαλισμένος αρρωστήσει εκ νέου μέσα στο έτος, απαιτείται για να καταβληθεί το επίδομα από την πρώτη ημέρα που αναγγέλλεται η ασθένεια στον ΕΦΚΑ, να διαρκέσει η ανικανότητά του προς εργασία πάνω από 3 ημέρες. Συνεπώς, διακρίνουμε τις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Εάν ο μισθωτός ασθενήσει και απέχει από την εργασία του για διάστημα μέχρι 3 ημέρες, οσσεδήποτε φορές μέσα στο έτος, δεν δικαιούται να λάβει επίδομα ασθενείας. Αλλά ούτε και υπολογίζεται ο χρόνος αυτός σαν χρόνος αναμονής για άλλη περίπτωση ασθένειας και επομένως, αν αρρωστήσει στη συνέχεια μέσα στο αυτό έτος πάνω από 3 ημέρες θα του χορηγηθεί επίδομα ασθενείας από την 4η ημέρα. Ως εκ τούτου ο εργοδότης υποχρεούται να καταβάλει κάθε φορά τις αποδοχές ασθενείας 3 ημερών, όχι διαρκώς αλλά μέχρι να συμπληρωθεί ο μήνας ή ο μισός μήνας (κατ' έτος) ανάλογα με τον χρόνο υπηρεσίας του μισθωτού (εγκύκλιος ΙΚΑ 68/26.6.1992). Σύμφωνα με τις διατάξεις του Α.Ν 178/1967 και της εγκυκλίου ΙΚΑ με αριθμό 68/26.6.1992, στις ανωτέρω περιπτώσεις απουσίας για 1-3 ημέρες από την εργασία συνεπεία ασθένειας, για τις οποίες δεν καταβάλλεται επίδομα από τον ΕΦΚΑ, ο εργοδότης έχει υποχρέωση να καταβάλλει μόνο το μισό του ημερομισθίου ή του ανάλογου ημερήσιου μισθού, αδιάφορα αν πρόκειται για πρώτη ή δεύτερη φορά.

β) Αντίθετα, αν η ασθένεια διαρκέσει πάνω από 3 ημέρες, π.χ. 12 ημέρες, ο μισθωτός δικαιούται να λάβει από τον ΕΦΚΑ επίδομα μόνο για τις 9 ημέρες της ασθένειας του, γιατί αφαιρείται ο 3ήμερος χρόνος αναμονής. Έτσι ο εργοδότης έχει υποχρέωση να καταβάλλει, για μεν τις 3 πρώτες ημέρες το μισό (1/2) μόνο του ημερομισθίου ή του ανάλογου ημερήσιου μισθού, για δε τις υπόλοιπες 9 ημέρες τη διαφορά μεταξύ του ημερομισθίου και του επιδόματος ασθένειας που καταβάλλει το ΙΚΑ. Εάν αρρωστήσει ο μισθωτός οσοδήποτε φορές μέσα σ' αυτό το ημερολογιακό έτος, επί 4 τουλάχιστον ημέρες σε κάθε περίπτωση, δικαιούται να λάβει επίδομα από τον ΕΦΚΑ για όλες τις ημέρες της ασθένειας, χωρίς να υπολογιστεί χρόνος αναμονής. Αν όμως η ασθένειά του διαρκέσει το πολύ 3 ημέρες (ή λιγότερες), οσοδήποτε φορές στο αυτό ημερολογιακό έτος, δεν δικαιούται να λάβει επίδομα ασθένειας από το ΙΚΑ και επιβαρύνεται πλέον ο εργοδότης να καταβάλει το 1/2 των ημερομισθίων του, με τις προϋποθέσεις και τα χρονικά όρια των άρθρων 657 -658 του ΑΚ.» (ΚΕΠΕΑ).

Παρακάτω δίνεται ένα παράδειγμα για τον υπολογισμό αποδοχών από την Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας e-nomothesia.gr :1) Μισθωτός που έχει συμπληρώσει 2 χρόνια στην επιχείρηση, ασθενεί 37 ημέρες το εργασιακό έτος και θα επιδοτηθεί ως εξής:

Πίνακας 2.1: Παράδειγμα υπολογισμού άδειας

| | Ι.Κ.Α. (επίδομα) | Εργοδότης |
|----------------------------------|-----------------------------|--|
| 1η φορά (Απρίλιος) 8 μέρες | 5 ημέρες | 3 μισά ημερομίσθια & διαφορά στα υπόλοιπα 4 (όχι στα 5 γιατί στις 8 μέρες περιλαμβάνεται οπωσδήποτε Κυριακή) |
| 2η φορά (Ιούνιος) 3 μέρες | — | 3 μισά ημερομίσθια |
| 3η φορά (Αύγουστος) 6 μέρες | 6 μέρες | Διαφορά στις εργάσιμες ημέρες του εξαήμερου |
| 4η φορά (Σεπτέμβριος) 2 μέρες | — | 2 μισά ημερομίσθια |
| 5η φορά (Οκτώβριος) 18 μέρες | 18 μέρες | Διαφορά μέχρι τη συμπλήρωση 26 ημερομισθίων ή ενός μηνός. |

Πηγή: e-νομοθεσία.gr, Οι υποχρεώσεις του εργαζόμενου σε περιπτώσεις ασθένειας. [<https://www.e-nomothesia.gr/nomikes-plirofories/oi-yphreoseis-toy-ergazomenoy-se-periptosi-astheneias.html>]

Όσον αφορά την χρονική διάρκεια της επιδότησης η ισχύουσα ασφαλιστική νομοθεσία προβλέπει τις εξής περιπτώσεις επιδότησης:

«α) Κατ' αρχήν το επίδομα ασθενείας καταβάλλεται μέχρι 182 ημέρες για την ίδια πάθηση ή για διαφορετικές παθήσεις μέσα στο ίδιο έτος, εφόσον ο ασφαλισμένος έχει πραγματοποιήσει 120 τουλάχιστον ημέρες εργασίας στο προηγούμενο έτος ή στο προηγούμενο 15μηνο.

β) Περαιτέρω το επίδομα ασθενείας καταβάλλεται και μέχρι 360 ημέρες για την ίδια πάθηση, εφόσον ο ασφαλισμένος έχει πραγματοποιήσει 300 το λιγότερο ημέρες εργασίας μέσα στα δύο ημερολογιακά έτη, τα αμέσως προηγούμενα από εκείνο της αναγγελίας της ασθένειάς του ή μέσα στο προηγούμενο της αναγγελίας 30μηνο, οπότε όμως δεν υπολογίζονται οι ημέρες εργασίας που πραγματοποιήθηκαν μέσα στο τελευταίο ημερολογιακό τρίμηνο του 30μηνου.

γ) Επίδομα ασθενείας για την ίδια πάθηση καταβάλλεται μέχρι 720 ημέρες, εφόσον ο ασφαλισμένος έχει πραγματοποιήσει:

i) 1500 ημέρες εργασίας από τις οποίες 600 τουλάχιστον τα τελευταία 5 χρόνια τα αμέσως προηγούμενα της αναγγελίας της ασθένειας ή

ii) 4.500 ημέρες εργασίας μέχρι την ημέρα αναγγελίας της ασθένειας.

δ) Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος δεν συγκεντρώνει τις ανωτέρω χρονικές προϋποθέσεις, δικαιούται επιδότηση μέχρι 720 ημέρες, εάν έχει πραγματοποιήσει 300 ημέρες εργασίας και δεν έχει υπερβεί το 21^ο έτος της ηλικίας του. Το κατώτατο αυτό όριο των 300 ημερών εργασίας αυξάνεται ανά 120 ημέρες εργασίας κατά μέσο όρο κάθε έτος, μετά τη συμπλήρωση του 21^{ου} έτους της ηλικίας και μέχρι τις 4.200 ημέρες εργασίας.» (ΚΕΠΕΑ).

Αξίζει να σημειωθεί ότι: «...οι ημέρες άδειας για τις οποίες οι εργαζόμενοι δικαιούνται να λάβουν εξ ολοκλήρου ή μερικώς το μισθό από τον εργοδότη τους, άσχετα εάν λαμβάνουν παράλληλα ή όχι επίδομα ασθενείας, δηλαδή για χρονικό διάστημα 13 ημερών (για όσους έχουν προϋπηρεσία μέχρι 1 έτος) και 26 ημερών (για όσους έχουν προϋπηρεσία πάνω από 1 έτος) θεωρούνται ως χρόνος εργασίας και επομένως υπάρχει υποχρέωση ασφάλισης. Οι εισφορές πρέπει να καταβάλλονται επί του συνόλου των οφειλόμενων από τον εργοδότη αποδοχών, χωρίς την αφαίρεση των επιδομάτων ασθενείας. Αντίθετα, οι ημέρες που οι εργαζόμενοι απέχουν από την εργασία τους λόγω ασθένειας, χωρίς να δικαιούνται μισθό από τον εργοδότη

τους, έστω κι αν παίρνουν επίδομα ασθενείας από τον ΕΦΚΑ, δηλαδή μετά την πάροδο των προαναφερόμενων διαστημάτων, δεν θεωρούνται ως χρόνος ασφάλισης, διότι το επίδομα ασθενείας δεν αποτελεί αμοιβή. Επομένως, για τις ημέρες αυτές δεν υπάρχει υποχρέωση καταβολής εισφορών υπέρ ΕΦΚΑ.» (ΚΕΠΕΑ).

2.4.5 Δικαίωμα λήψεως ετήσιας αδείας και επιδόματος αδείας

Σύμφωνα με το ΚΕΠΕΑ: «... με ρητή διάταξη νόμου τα χρονικά διαστήματα που οι εργαζόμενοι απουσίασαν από την εργασία τους λόγω βραχείας ασθένειας, θεωρούνται ως χρόνος πραγματικής απασχόλησης και παράλληλα δεν συμψηφίζονται με τις ημέρες της κανονικής ετήσιας αδείας τους. Έτσι, ο εργαζόμενος που ασθένησε πριν να λάβει την άδειά του και απουσίασε από την εργασία δικαιούται να λάβει ολόκληρη την άδειά του. Αν όμως η ασθένεια υπερβεί τα χρονικά όρια της βραχείας ασθένειας τουλάχιστον επί τόσες ημέρες, όσες είναι οι ημέρες της αδείας που δικαιούται ο εργαζόμενος, δεν θα λάβει άδεια για το ημερολογιακό έτος που εκδηλώθηκε η ασθένεια. Αντίθετα, αν οι ημέρες της υπέρβασης είναι λιγότερες από τις ημέρες της κανονικής αδείας, τότε δύναται να λάβει χώρα συμψηφισμός. Εννοείται ότι συμψηφίζονται μόνο οι ημέρες της αδείας, όχι όμως και οι αποδοχές της αδείας και του επιδόματος αδείας (Εγκύκλιοι Υπουργείου Εργασίας 3016/1994, 1443/1995, 2309/1996). Σχετικά έχει κριθεί από την Ολομέλεια του Αρείου Πάγου (ΑΠ 27/2004 και 7/2019) ότι το δικαίωμα προς λήψη των αποδοχών αδείας είναι ανεξάρτητο από το δικαίωμα του μισθωτού να λάβει αυτούσια την άδεια αναψυχής και επομένως ο μισθωτός δικαιούται αποδοχές αδείας και όταν ακόμα δεν έχει δικαίωμα προς λήψη αδείας. Η αποχή, συνεπώς, του μισθωτού από την εργασία του για διάστημα που υπερβαίνει τα χρονικά όρια της «βραχείας ασθενείας» του άρθρου 3 του Ν.4558/1930 και το οποίο διάστημα θεωρείται, εξ αντιδιαστολής προς το άρθρο 2 παρ.6 του ΑΝ.539/1945, ως χρόνος αδικαιολόγητης απουσίας συμψηφιζόμενος προς τις ημέρες της οφειλόμενης αδείας, δεν του στερεί το δικαίωμα να απαιτήσει τις προεκτεθείσες αποδοχές.

Συνεπώς, σε ότι αφορά την άδεια οι μισθωτοί που ασθένησαν:

α) αλλά δεν υπερέβησαν τα όρια της βραχείας διάρκειας ασθένειας μέσα σε ένα έτος, δικαιούνται να λάβουν την ετήσια κανονική άδεια και το επίδομα αδείας κανονικά.

β) και υπερέβησαν τα όρια βραχείας ασθένειας π.χ. κατά 15 ημέρες (ημερολογιακές), θα πάρουν αυτούσιο το υπόλοιπο αδείας σε εργάσιμες ημέρες που απομένει, αν από τις δικαιούμενες ημέρες αδείας αφαιρεθούν οι εργάσιμες ημέρες που περιλαμβάνονται στο 15νθήμερο διάστημα που υπερέβησαν τα όρια βραχείας ασθένειας (συμψηφισμός). Θα πάρουν όμως τις αποδοχές αδείας όλες καθώς και το επίδομα αδείας.

γ) και υπερέβησαν τα όρια βραχείας ασθένειας επί χρόνο τόσο όσο και η δικαιούμενη άδεια, δεν δικαιούνται για το έτος που ασθένησαν να πάρουν αυτούσια την ετήσια κανονική άδεια. Θα πάρουν όμως τις αποδοχές αδείας και το επίδομα αδείας γιατί είναι αξιώσεις διαφορετικές και δεν μπορεί να προταθούν σε συμψηφισμό.» (ΚΕΠΕΑ).

2.4.6 Διαθεσιμότητα δημοσίων υπαλλήλων λόγω ασθένειας και επιδόματα

Σύμφωνα με το άρθρο 100 του νόμου **3528/2007** του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.⁵ σχετικά με την Διαθεσιμότητα λόγω ασθένειας ισχύουν τα εξής: «1. Ο υπάλληλος τίθεται, αυτεπάγγελα ή με αίτηση του, σε διαθεσιμότητα λόγω ασθένειας, όταν αυτή παρατείνεται πέρα από το μέγιστο χρόνο αναρρωτικής άδειας του άρθρου 54 του παρόντος, είναι όμως, κατά την εκτίμηση της υγειονομικής επιτροπής, *ιάσιμη*. 2. Η διαθεσιμότητα αρχίζει από τη λήξη της αναρρωτικής άδειας και δεν μπορεί να υπερβεί το ένα (1) και για τα δυσίατα νοσήματα τα δύο (2) έτη. 3. Κατά το τελευταίο δίμηνο πριν από τη λήξη του ανώτατου ορίου διαθεσιμότητας οι επιτροπές των άρθρων 165 ή 167 υποχρεούνται, ύστερα από ερώτημα της υπηρεσίας, να γνωμοδοτήσουν για την ικανότητα του υπαλλήλου να επανέλθει στα καθήκοντα του. Αν η επιτροπή γνωματεύσει αρνητικά, ο υπάλληλος απολύεται υποχρεωτικά, σύμφωνα με το άρθρο 153 του παρόντος. Ο υπάλληλος μπορεί να παραπεμφθεί προς εξέταση στην αρμόδια υγειονομική επιτροπή, ύστερα από αίτηση του ή αυτεπάγγελα και πριν από το χρόνο λήξης της διαθεσιμότητας. Στην περίπτωση αυτή, αν η επιτροπή γνωματεύσει αρνητικά, ο υπάλληλος απολύεται υποχρεωτικά με τη λήξη του χρόνου της διαθεσιμότητας. 4. Οι διατάξεις των άρθρων 31-35 του παρόντος

⁵ Η χρήση του Κώδικα υπόκειται στους περιορισμούς της νομοθεσίας περί προστασίας της πνευματικής ιδιοκτησίας και περί της χρήσης πληροφοριών του δημόσιου τομέα. Φέρεται σε γνώση των χρηστών του Κώδικα ότι η κωδικοποιημένη μορφή του αποτελεί χρηστικό εργαλείο νομικής πληροφόρησης και ότι σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά τα επίσημα κανονιστικά κείμενα, όπως αυτά βρίσκονται δημοσιευμένα στο Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

Κώδικα εφαρμόζονται και για τους υπαλλήλους που τίθενται σε διαθεσιμότητα λόγω ασθένειας.» (Υπουργείο Εσωτερικών & Διοικητικής Ανασυγκρότησης, 2015).

Όσον αφορά τις αποδοχές κατά τη διάρκεια της διαθεσιμότητας, αυτά που ισχύουν σύμφωνα με το άρθρο 102 του παραπάνω νόμου είναι: «1. Ο υπάλληλος κατά τη διάρκεια της διαθεσιμότητας δικαιούται τα τρία τέταρτα των αποδοχών του. 2. Επιδόματα ασθένειας, που καταβάλλονται σε υπαλλήλους νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου κατά τη διάρκεια της διαθεσιμότητας, εκπίπτουν από τις αποδοχές του υπαλλήλου, εφόσον η ασφάλιση του θεμελιώνεται και σε συνεισφορά του νομικού προσώπου.» (Υπουργείο Εσωτερικών & Διοικητικής Ανασυγκρότησης, 2015).

Τέλος σχετικά με τις Υγειονομικές Επιτροπές το άρθρο 165 του παραπάνω νόμου αναφέρει: «1. Σε κάθε νομό και νομαρχιακό διαμέρισμα συνιστώνται, με απόφαση του οικείου Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας, μία ή περισσότερες πρωτοβάθμιες υγειονομικές επιτροπές που αποτελούνται από τρία (3) μέλη και συγκροτούνται από γιατρούς του Δημοσίου ή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου ή Ο.Τ.Α. που υπηρετούν στο νομό ή το νομαρχιακό διαμέρισμα. Οι πρωτοβάθμιες υγειονομικές επιτροπές είναι αρμόδιες να γνωματεύουν, ύστερα από ερώτημα της υπηρεσίας: α) για τη χορήγηση αναρρωτικών αδειών, β) για την πιστοποίηση της Υγείας των υποψηφίων για διορισμό, (γ) β) για το χαρακτηρισμό νοσημάτων που χρήζουν νοσηλείας για τη χορήγηση άδειας έως είκοσι δύο (22) εργάσιμων ημερών το χρόνο, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 50 παρ. 2 του παρόντος και (δ) γ) για κάθε άλλο θέμα Υγείας του υπαλλήλου το οποίο έχει σχέση με τα υπηρεσιακά του καθήκοντα. Αν συσταθούν περισσότερες επιτροπές, με την απόφαση Σύστασης τους ορίζονται η έδρα και η χωρική αρμοδιότητα τους.»δ) για την πιστοποίηση της υγείας και της φυσικής καταλληλότητας των υποψηφίων για διορισμό ατόμων με αναπηρία. Η περίπτ. β' καταργήθηκε και οι περιπτ. γ' και δ' αναριθμήθηκαν αντίστοιχα σε περιπτ. β' και γ' από την παρ. 2 άρθρ. 7 Νομ. 4210/21-21 Νοεμ. 2013 (ΦΕΚ Α'254), κατωτ. αριθ. 228.

2. Στην έδρα κάθε Περιφέρειας συνιστάται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας δευτεροβάθμια υγειονομική επιτροπή, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη και συγκροτείται από γιατρούς του Δημοσίου ή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου ή Ο.Τ.Α. που υπηρετούν στο νομό. Οι δευτεροβάθμιες υγειονομικές επιτροπές είναι αρμόδιες: α) για την

κρίση ενστάσεων κατ' αποφάσεων των πρωτοβάθμιων επιτροπών κατά το άρθρο 56 παρ. 5, β) για την απόλυση από την υπηρεσία λόγω ασθένειας όταν δεν συντρέχει περίπτωση του άρθρου 153 παρ. 1 εδάφιο δεύτερο του παρόντος και γ) για την κρίση της αποκατάστασης της Υγείας όσων αναδιορίζονται σύμφωνα με το άρθρο 21 του παρόντος. Δευτεροβάθμια υγειονομική επιτροπή μπορεί να συσταθεί και εκτός της έδρας της Περιφέρειας με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, με την οποία ορίζεται και η χωρική της αρμοδιότητα. Στις δευτεροβάθμιες επιτροπές δεν μπορεί να μετέχει μέλος που μετείχε στην πρωτοβάθμια επιτροπή κατά της οποίας στρέφεται η ένσταση.

3.Ο ορισμός των μελών των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υγειονομικών επιτροπών γίνεται τον Ιανουάριο κάθε δεύτερου έτους με απόφαση του οικείου Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας. Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο γραμματέας από τους υπαλλήλους που υπηρετούν στην έδρα των υγειονομικών επιτροπών και η αποζημίωση των μελών τους και του γραμματέα. 4. Οι αρνητικές αποφάσεις των υγειονομικών επιτροπών κοινοποιούνται απευθείας στον ενδιαφερόμενο και στην υπηρεσία του. 5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υγειονομικών επιτροπών, ο τρόπος εξέτασης των υπαλλήλων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.» (Υπουργείο Εσωτερικών & Διοικητικής Ανασυγκρότησης, 2015).

2.5 Διαδικασίες χορήγησης επιδομάτων ασθένειας, αναπηρίας και αναρρωτικών αδειών

Επίδομα ασθένειας μισθωτών και μη, μπορούν να καταθέσουν όλοι οι ασφαλισμένοι των τέως ασφαλιστικών φορέων: ΙΚΑ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΠ ΜΜΕ (π. ΤΑΙΣΥΤ – π. ΤΣΕΥΠ) και ΕΤΑΑ (π. ΤΣΜΕΔΕ – π. ΤΣΑΥ). Η διαδικασία στην οποία πρέπει να προβούν οι εργαζόμενοι, που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο είναι η εξής. Θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να προσκομίσουν στον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα τους τα παρακάτω έγγραφα:

- ✓ «Αίτηση εκ μέρους του ασφαλισμένου στο πρώην φορέα ασφάλισής του και να τηρούνται οι προϋποθέσεις όπως περιγράφονται παραπάνω.

- ✓ *Αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος γιατρού ειδικότητας της πάθησης με έγκριση γιατρούς ελεγκτή του ΕΟΠΥΥ ή Πρωτότυπη Απόφαση ΑΥΕ ή Πρωτότυπο εξιτήριο που θα φέρει στρογγυλή σφραγίδα.*
- ✓ *Η μη λήψη επιδόματος ασθένειας από άλλο φορέα ασφάλισης μέσω Υπεύθυνης Δήλωσης του ν.1599/86 στην οποία θα αναφέρεται ότι δεν θα λάβει το επίδομα ασθένειας από άλλο ασφαλιστικό φορέα, εργοδότη, ασφαλιστική εταιρεία ή ΟΑΕΔ.*
- ✓ *Από τους μισθωτούς θα πρέπει να κατατεθεί: Βεβαίωση εργοδότη όπου θα αναφέρονται η ημερομηνία πρόσληψης και ειδικότητα – το χρονικό διάστημα της απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας – και οι μικτές αποδοχές του μήνα απουσίας. Και εκκαθαριστικό μισθοδοσίας του μηνός / μηνών της ασθένειας.*
- ✓ *Από τους μη μισθωτούς θα πρέπει να κατατεθεί Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 στην οποία θα δηλώνουν ότι «Κατά το διάστημα της ασθένειας μου, από έως ..., δεν είχα εισόδημα από την εργασία μου. Συνοδευόμενη με βεβαίωση περί μη απασχόλησης από τις οικίες επαγγελματικές οργανώσεις. Επίσης φωτοαντίγραφο από το μπλοκ Α.Π.Υ. ή Τ.Π.Υ. από το οποίο να προκύπτει ότι κατά το χρονικό διάστημα ασθένειας δεν εξεδόθη φορολογικό παραστατικό.*
- ✓ *Για τους δικηγόρους: Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/86 στην οποία θα αναφέρεται ότι ο/η αιτών/ούσα δεν παίρνει πάγια αντιμισθία, χορηγία ή σύνταξη και είναι έγγαμος /η ή άγαμος/η.*
- ✓ *Φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του λογαριασμού τραπεζής ή εκτύπωση i - banking με το όνομα του δικαιούχου της παροχής /του αιτούντα ώστε να φαίνεται το iban.» (e-ΕΦΚΑ)*

Ορισμένα δικαιολογητικά διαφέρουν ανά φορέα και αναφέρονται στο 2.4.4

2.5.1. Διαδικασίες χορήγησης επιδομάτων ασθένειας μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας e-ΕΦΚΑ για ασφαλισμένους του τ. ΙΚΑ – ΕΤΑΜ

Από τις 22 Ιανουαρίου 2021 στο πλαίσιο του Ψηφιακού Μετασχηματισμού του e-ΕΦΚΑ, έχει τεθεί σε πιλοτική λειτουργία, ψηφιακή υπηρεσία για τη χορήγηση των επιδομάτων ασθένειας μόνο για τους εργαζόμενους μισθωτούς ασφαλισμένους του τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (βλ. <https://www.efka.gov.gr/el/epidoma>). Οι διαδικασίες για την χορήγηση του επιδόματος έχουν ως εξής: Αρχικά ο γιατρός εκδίδει την γνωμάτευση στην οποία αναφέρεται το χρονικό

διάστημα ανικανότητας προς εργασία λόγω ασθένειας και δίνεται σε έντυπη μορφή στον ασθενή για να την προσκομίσει στον ασφαλιστικό του φορέα (να σημειωθεί ότι από το 2020 έχει ξεκινήσει και η ηλεκτρονική έκδοση αναρρωτικών αδειών μέσω <https://www.e-prescription.gr/epresapps/clregistry/web/index.html>). Στη συνέχεια ο εργαζόμενος ασθενής μπορεί να υποβάλλει την αίτηση για χορήγηση επιδόματος ασθένειας κάνοντας χρήση των προσωπικών του κωδικών TAXISNET, δηλαδή μέσω της απαιτούμενης αυθεντικοποίησης, στον σύνδεσμο: www.efka.gov.gr/epidoma ή μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης της Δημόσιας Διοίκησης (www.gov.gr) εντός προθεσμίας οκτώ (8) μηνών από την ημερομηνία αναγγελίας της ασθένειας. Αφού καταχωρήσει τα στοιχεία που απαιτούνται, θα του εμφανιστεί μια λίστα με τις ηλεκτρονικές αιτήσεις επιδόματος ασθένειας που είχε υποβάλλει και κατόπιν θα μπορεί να προχωρήσει σε νέα αίτηση. Τα βήματα που θα πρέπει να ακολουθήσει είναι: η συμπλήρωση του ΑΦΜ ή του ΑΜΕ του εργοδότη του (για οικοδομοτεχνικά έργα δεν ισχύει αυτό ακόμη) και τυχόν επιπλέον email. Μετά θα πρέπει, είτε να αντλήσει την ηλεκτρονική γνωμάτευση με κριτήρια τον κωδικό της γνωμάτευσης ή του ΑΜΚΑ και της ημερομηνίας γνωμάτευσης, είτε να καταχωρήσει χειρόγραφα την γνωμάτευση ή/ και να επισυνάψει το αρχείο της γνωμάτευσης ως αρχείο pdf ή εικόνας. Εφόσον γίνουν οι παραπάνω ενέργειες και επιλέγοντας το πεδίο «*Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή*» ενεργοποιεί την υποβολή και μπορεί να ολοκληρώσει την αίτησή του. Στο τέλος εμφανίζεται ένα ενημερωτικό μήνυμα που αναφέρει ότι η αίτηση του υποβλήθηκε στο αρμόδιο υποκατάστημα του φορέα και ότι θα ενημερωθεί ο εργοδότης του.

Κατόπιν εφόσον λάβει την ενημέρωση μέσω email ο εργοδότης για την αίτηση του εργαζόμενου, θα εισέλθει και ο ίδιος στην ιστοσελίδα www.efka.gov.gr/epidoma, αφού πρώτα έχει πιστοποιήσει την είσοδό του με τους μοναδικούς του κωδικούς ταυτοποίησης ΕΦΚΑ/ΚΕΑΟ. Θα ελέγξει τα στοιχεία και την περίοδο απουσίας και θα εγκρίνει ή θα απορρίψει το χρονικό διάστημα, για το οποίο ο εργαζόμενος δήλωσε ότι δεν εργάστηκε λόγω ασθένειας και αιτήθηκε επιδόματος ασθένειας. Τέλος εκδίδεται η εγκριτική απόφαση της ηλεκτρονικής αίτησης, κοινοποιείται στον εργαζόμενο και μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, εάν τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις, πραγματοποιείται η καταβολή των επιδομάτων ασθένειας, στον τραπεζικό λογαριασμό του ασθενή.

Οι συγκριμένες ηλεκτρονικές αιτήσεις διεκπεραιώνονται από το πληροφοριακό σύστημα του e-ΕΦΚΑ. Το Κέντρο Διαλειτουργικότητας της Γ.Γ.Π.Σ.Δ.Δ του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης, μπορεί πλέον να επαληθεύει την εγκυρότητα όλων των στοιχείων χωρίς να απαιτείται η παρουσία του εργαζόμενου ασθενή στις αρμόδιες υπηρεσίες. Με αυτόν τρόπο αυτοματοποιείται η διαδικασία στην οποία έπρεπε να εμπλακεί ο ασθενής, ο εργοδότης και ο ασφαλιστικός φορέας. Εξαλείφεται η αναμονή για τους ίδιους και για τους φροντιστές που αναλαμβάνουν ορισμένες φορές την διεκπεραίωση αυτών των διαδικασιών και εξοικονομούνται εργατοώρες για τους εργοδότες και για το προσωπικό των δημόσιων υπηρεσιών.

Να σημειωθεί ότι για την πλειονότητα των υπολοίπων ασφαλισμένων, ισχύει ακόμη η προσκόμιση των απαραίτητων εγγράφων, στα κατά τόπους γραφεία των φορέων, για την χορήγηση επιδομάτων ασθενείας. Τέλος, λόγω του πλήθους των ασφαλιστικών φορέων, είναι βέβαιο ότι ακολουθούνται παρόμοιες διαδικασίες σε ορισμένους φορείς, αλλά δυστυχώς δεν κατέστη δυνατή η εύρεση πληροφοριών από όλους.

2.5.2. Χορήγηση επιδομάτων αναπηρίας

Δεν υπάρχει σαφήνεια νομοθετικά σχετικά με την νόσου του καρκίνου και την αποδεκτή ερμηνεία της αναπηρίας. Υπάρχει η διακριτική ευχέρεια να ενταχθεί ο ασθενής με καρκίνο στις διατάξεις για την αναπηρία μετά από αξιολόγηση του φακέλου του από την επιτροπή του ΚΕΠΑ (Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας). Οι θεράποντες γιατροί αντιλαμβανόμενοι τις δυσκολίες και θέλοντας να προστατέψουν τους ασθενείς, συστήνουν να απέχουν από την εργασία τους και γι' αυτό τους χορηγούν γνωματεύσεις ώστε να τους χορηγηθούν επιδόματα αναπηρίας, με κοινωνικές και οικονομικές παροχές ή διευκολύνσεις. Συνήθως το ποσοστό αναπηρίας είναι άνω του 67% και καθορίζεται για ένα ή δύο χρόνια.

Συνεπώς αρκετοί ασθενείς, λόγω κοπώσεως και εξαντλήσεως, υποβάλλουν αιτήσεις για χορήγησή επιδόματος αναπηρίας από τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας – ΚΕΠΑ. Σε αυτή την περίπτωση οι Υγειονομικές Επιτροπές κρίνουν με βάση την γνωμάτευση του ιατρού, για τον καρκίνο από τον οποίο πάσχουν οι ασθενείς, πιστοποιούν και δίνουν την έγκριση χορήγησης επιδόματος αναπηρίας με ένα συγκεκριμένο ποσοστό. Αυτό που αξίζει να

σημειωθεί ότι το 2020, η διαδικασία διαχείρισης αιτήματος ΚΕΠΑ (εισηγητικός φάκελος) ξεκίνησε να γίνεται και ηλεκτρονικά με την χρήση των κωδικών TAXISNET του εργαζομένου. Ωστόσο, οι διαδικασίες πιστοποίησης αναπηρίας μέσω των ΚΕΠΑ δεν θα προσδιοριστούν στην συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διατριβή.

2.5.3. Ηλεκτρονική έκδοση γνωμάτευσης αναρρωτικής άδειας

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι από το 2020 η διαδικασία ηλεκτρονικής έκδοσης της γνωμάτευσης αναρρωτικής άδειας, έχει τεθεί σε πιλοτική λειτουργία ως αποτέλεσμα του εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών του e-ΕΦΚΑ. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί πλέον ο θεράπων ιατρός, από το σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ ΑΕ και συγκεκριμένα από την ιστοσελίδα <https://www.e-prescription.gr/epresapps/clregistry/web/index.html> να εκδώσει ηλεκτρονικά γνωμάτευση. Η διαδικασία είναι η παρακάτω: αφού εισάγει τα στοιχεία του στο «Εθνικό Σύστημα Αναρρωτικών», καταχωρεί το ΑΜΚΑ του ασθενή και μεταφέρονται αυτόματα τα στοιχεία του ασθενή από το εθνικό μητρώο του ΑΜΚΑ. Κατόπιν καταχωρούνται από τον ιατρό πληροφορίες σχετικά με την εξέταση και τη νοσηλεία του ασθενή και τις προτεινόμενες ημερομηνίες αναρρωτικής άδειας, ενημερώνει την διάγνωση κατά ICD-10 κωδικοποίηση και στο τέλος καταγράφει οποία επιπλέον πληροφορία θεωρεί απαραίτητη για τον ασθενή. Έτσι δημιουργείται μια γνωμάτευση η οποία σε περίπτωση που ο ασθενής έχει ενεργοποιήσει την Άυλη Συνταγογράφηση θα την λάβει ηλεκτρονικά στο e-mail που έχει δηλώσει, είτε σε περίπτωση που δεν την έχει ενεργοποιήσει, θα πρέπει να την εκτυπώσει ο ιατρός και να την χορηγήσει στον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο ο γιατρός βεβαιώνει την ανικανότητα λόγω ασθένειας του ασφαλισμένου προς εργασία. (ΗΔΙΚΑ, 2020). Και σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος ανήκει στο τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ταμείο, θα μπορεί να τακτοποιήσει ηλεκτρονικά την χορήγηση του επιδόματος χορήγησης και χωρίς να απαιτείται να προσέλθει σε αρμόδιο υποκατάστημα ασφαλιστικού φορέα.

2.6 Εμπόδια και δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο στην εργασία τους – Διαδικασίες, απασχόληση και επιστροφή

Σημαντικά εμπόδια για τους ασθενείς είναι η δυσκολία πραγματοποίησης των εργασιακών καθηκόντων αμέσως μετά την έναρξη της θεραπείας, η αδυναμία εφαρμογής προσαρμογών στην εργασία, θέματα ασφάλισης. όπως επίσης και το ότι οι θεράποντες ιατροί είναι ιδιαίτερα προστατευτικοί όσον αφορά την επιστροφή στην εργασία. (EU – OSHA, 2018). Πολλές φορές οι γιατροί μπορεί, εάν υπερεκτιμούν πιθανά προβλήματα να αυξάνουν τον φόβο και την ανασφάλεια όσον αφορά την απασχόληση. Μπορούν να είναι σε θέση να βοηθήσουν στην πρόληψη προβλημάτων, με πιο αποτελεσματική επικοινωνία με τους εργοδότες εκ μέρους των ασθενών, καθώς και με άμεση συμβουλευτική των ασθενών (Mellette, 1985). Αυτό όμως προϋποθέτει διάθεση χρόνου από την πλευρά των γιατρών, πράγμα απίθανο λόγω ελλείψεων προσωπικού στις ογκολογικές και αιματολογικές κλινικές.

Αναφορικά με τους αυτοαπασχολούμενους, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι εάν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν ανταποκρίνεται στην απώλεια της ικανότητάς τους για εργασία και εισόδημα (ECPC). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σύμφωνα με τους Torp et al (2019), οι αυτοαπασχολούμενοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα στα οικονομικά τους, εν μέρει πιθανώς λόγω μικρότερης λήψης οικονομικής αποζημίωσης (ή επιδόματος) από το κράτος, για την απουσία εργασίας που σχετίζεται με τον καρκίνο, έναντι των μισθωτών (Torp et al, 2019).

Επίσης για τους αυτοαπασχολούμενους είναι καίριο ζήτημα η χορήγηση επιδόματος, τόσο για την επιβίωσή τους όσο και για την ελάφρυνση από πάγια έξοδα του επαγγέλματος τους, που συνεχίζουν να υφίστανται για να μπορέσουν να διατηρήσουν την επιχείρησή τους. Σημαντική στη μελέτη των Lauzier et al (2008) για τους αυτοαπασχολούμενους, είναι μια μη αποζημιωμένη δαπάνη που δεν υπολογίζεται και είναι η δαπάνη του μισθού ενός εργαζομένου που θα έπρεπε να πληρώσουν για την αναπλήρωση εργασίας (Lauzier et al, 2008).

Είναι κρίσιμο για τους ασθενείς να υπάρχει αποταμίευση ή πιθανή ιδιωτική ασφάλιση εάν είναι εφικτό από την επιχείρηση στην οποία εργάζονται ή ενίσχυση από επικουρικό ταμείο του ασφαλιστικού τους φορέα. Σε συζήτηση με επιβιώσασα αυτοαπασχολούμενη (η οποία είχε ασθενήσει πριν πολλά χρόνια και τα στοιχεία της οποίας δεν θέλησε να γίνουν γνωστά), ανέφερε ότι είχε την τύχη στον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο υπαγόταν να έχουν ιδρύσει ένα τύπο επικουρικού ταμείου αλληλοβοήθειας και έτσι για όσο καιρό απουσίαζε από την εργασία της, έπαιρνε ένα μηνιαίο επίδομα. Παρόλα αυτά σε συζητήσεις με ασθενείς, το συμπέρασμα είναι ότι δυσκολεύονται με την πιστοποίηση της διάρκειας των επιπτώσεων ασθένειας όπως και με τα κοινωνικά κριτήρια που απαιτούνται να τηρούν, ώστε να τους χορηγούνται επιδόματα στο ύψος και στη διάρκεια που καθιστά την επιβίωσή τους ικανή.

Τα στοιχεία που καταγράφηκαν στην προηγούμενη ενότητα, τα οποία συλλέχθηκαν από διάφορες ιστοσελίδες και αποδεικνύουν τον κατακερματισμό της πληροφορίας δεν συμπεριλαμβάνουν όλο το εύρος των διαδικασιών χορήγησης παροχών και ιδίως για την χορήγηση επιδόματος ασθενείας. Όπως αναφέρθηκε οι προϋποθέσεις χορήγησής του διαφέρουν ανά πρώην φορέα ασφάλισης. επομένως ο εργαζόμενος είναι χρήσιμο να γνωρίζει τον πρώην κλάδο ασφάλισής του (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΕΤΑΑ, ΤΑΥΤΕΚΩ, κτλ), ώστε να ακολουθήσει τις αντίστοιχες ενέργειες. Για να βρει ο ασθενής πληροφορίες σχετικά τις διαδικασίες, αρχικά συνήθως πραγματοποιεί έρευνα στο διαδίκτυο. Κατόπιν ακολουθεί τηλεφωνική επικοινωνία με τις αρμόδιες υπηρεσίες και συνεχίζεται με την παρουσία του αυτοπροσώπως στους αρμόδιους φορείς για την προσκόμιση των απαραίτητων δικαιολογητικών. Είναι βέβαιο ότι θα χρειαστεί να απευθυνθεί αρκετές φορές, ώστε να ολοκληρωθεί με επιτυχία η διαδικασία παροχών που θα δικαιούται. Ωστόσο λόγω της εξαντλήσεως που μπορεί να έχει, η δραστηριότητα αυτή ενέχει κινδύνους για την υγεία του. Οι δυσκολίες των διαδικασιών αυτών θα μπορούσαν να επιλυθούν με μια ενοποίηση όλων των απαραίτητων πληροφοριών περί των διαδικασιών, μέσω άμεσης και έγκυρης πληροφόρησης από μια ηλεκτρονική υπηρεσία, που θα περιλαμβάνει όλα τα απαραίτητα στοιχεία, και έτσι να μειωθούν οι απαραίτητες προσελεύσεις του σε υπηρεσίες.

Επίσης λόγω της πανδημίας COVID-19, παρατηρήθηκε ότι αναπτύχθηκε ταχέως ένα πλαίσιο διαλειτουργικότητας σε ορισμένες διαδικασίες, ώστε να αποφεύγεται η γραφειοκρατία, δίχως να χρειάζεται η παρουσία ανθρώπων σε υπηρεσίες, γλυτώνοντας έτσι πολύωρες αναμονές και επαφή με το ευρύ κοινό. Η ανοσοκαταστολή είναι ένα ζήτημα επιβίωσης για τους ασθενείς,

οι οποίοι κινδυνεύουν από λοιμώξεις όταν βρεθούν σε επαφή με πολύ κόσμο, ειδικά εν μέσω πανδημίας. Επομένως η ελάττωση των διαδικασιών που χρήζουν παρουσίας σε υπηρεσίες, για χορήγηση παροχών και αδειών, η προσαρμογή τους σε ηλεκτρονική μορφή, η ενοποίηση των υπηρεσιών μέσω πληροφοριακών συστημάτων για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς μέσω διαλειτουργικότητας και η ολοκλήρωση διαδικασιών ψηφιακά μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα του ζωής εργαζόμενου ασθενή.

Επιπροσθέτως, η αδυναμία παροχής υπηρεσίας μετάφρασης και καθοδήγησης όλων των ενεργειών και των εγγραφών σχετικά με θέματα που άπτονται της εργασίας, δυσκολεύει ιδιαίτερα ασθενείς οι οποίοι δεν μιλούν την ελληνική γλώσσα, με αποτέλεσμα να οδηγεί σε ελλιπή πληροφόρηση και αδυναμία ορθής διεκπεραίωσης των διαδικασιών.

Σχετικά με την εύρεση νέας εργασίας, κατά την Mellette (1985), έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν διακρίσεις εις βάρος ασθενών με καρκίνο, με τα σημαντικότερα προβλήματα να είναι στον τομέα των πρακτικών πρόσληψης. Είναι απαραίτητο να γίνουν προσπάθειες για την εκπαίδευση των εργοδοτών και του κοινού, ώστε να διασφαλιστεί η αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών με καρκίνο (Mellette, 1985).

Παρατηρήθηκε σε προγράμματα επιστροφής στην εργασία ξένων χωρών, ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική η διατύπωση συστάσεων σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής ζητημάτων για τον καρκίνο και την επιστροφή στην εργασία. Ιδιαίτερα για τις ΜΜΕ, διότι οι επιχειρήσεις αυτές πιθανότατα χρειάζεται να πάρουν τέτοιου τύπου προγραμμάτων από ενδιάμεσους φορείς ή συμβούλους. Τέλος σε επίπεδο νοοτροπίας το στίγμα και οι παρερμηνείες σχετικά με τις πιθανότητες εργασίας έπειτα από διάγνωση καρκίνου, επισημάνθηκαν ως σοβαρά εμπόδια στην εφαρμογή των προγραμμάτων επιστροφής στην εργασία. Επομένως καθίσταται αναγκαίο: *«να αποκαταστήσουμε αυτές τις παρανοήσεις και να εξαλείψουμε το στίγμα που συνδέεται με τη διάγνωση καρκίνου σε κοινωνικό επίπεδο»* (EU – OSHA, 2018).

2.7 Εργαζόμενοι ασθενείς με καρκίνο και COVID-19

Με την εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 έχουν δημιουργηθεί δυνατές προκλήσεις για τον πληθυσμό και τα κράτη μέλη της ΕΕ (EU), όπως και για ολόκληρη την υφήλιο. Τα κράτη

έχουν ορίσει μια σειρά οδηγιών, συγκεκριμένα για τους χώρους εργασίας, ώστε να καταπολεμήσουν την επέκταση της νόσου του κορωνοϊού. Κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσης, ο κόσμος της απασχόλησης έχει δεχθεί σοβαρό χτύπημα και τομείς όπως οι επιχειρήσεις, οι εργοδότες και οι κοινωνικοί εταίροι, συνέβαλλαν στην προστασία των εργαζομένων, των οικογενειών τους και της κοινωνίας εν γένει κατόπιν έκτακτων μέτρων από τις κυβερνήσεις (OSHA, 2020). Έχει αποδειχτεί ότι υπάρχει πολύ μεγάλη ισχύς στη συνεργασία, τον συντονισμό και την ενότητα του σκοπού. Όμως η πανδημία COVID-19 είχε σοβαρές συνέπειες στη φροντίδα του καρκίνου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021)

2.7.1. Μέτρα προφύλαξης στον εργασιακό χώρο και άδειες

Το εύρος και ο χαρακτήρας των μέτρων, ξεκινούν από τους περιορισμούς στη μετακίνηση και την αναβολή των μη απαραίτητων δραστηριοτήτων και φτάνουν έως τους καθορισμούς στο ανώτατο πλήθος των ανθρώπων που βρίσκονται σε έναν συγκεκριμένο περιβάλλον, την υποχρέωση τήρησης ατομικών μέτρων υγιεινής και την απαγόρευση ορισμένων δραστηριοτήτων. Παρατηρήθηκε ότι η εφαρμογή τους, διέφερε αναλόγως με την εξέλιξη της πανδημίας, το τμήμα, το επάγγελμα ή κάποιο χαρακτηριστικό του ατόμου που συνδέεται με την υγεία του. Εξαιτίας αυτών των μέτρων αυτών, αρκετοί εργαζόμενοι είτε υποχρεώθηκαν να εργαστούν από το σπίτι, είτε σε περίπτωση που η εργασία τους δεν μπορούσε να εκτελεστεί εξ αποστάσεως, έμειναν στο σπίτι. Ασκήθηκε αρκετή πίεση στους εργοδότες και στους εργαζομένους, υποχρεώνοντάς τους να προσαρμόσουν νέες διαδικασίες και πρακτικές σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα ή να αναστείλουν τις επαγγελματικές και επιχειρηματικές τους δραστηριότητες (OSHA, 2020). Στο πλαίσιο αυτό για να διατηρηθεί η εργασία και να υποστηριχθεί η επαγγελματική ασφάλεια και υγεία όλων, καθορίστηκαν συγκεκριμένα μέτρα και ρυθμίσεις για τον περιορισμό της μετάδοσης του κορωνοϊού.

Τα περιοριστικά μέτρα και η απομόνωση και επηρέασαν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής κυρίως μειονεκτουσών, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με καρκίνο (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2021). Σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Εσωτερικών ΔΙΔΑΔ/Φ.69/126/16316 της 20^{ης} Σεπτεμβρίου 2020, σχετικά με τα «Μέτρα και ρυθμίσεις στο πλαίσιο της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού», επανακαθορίστηκαν οι ομάδες αυξημένου κινδύνου και οι προϋποθέσεις χορήγησης ειδικής άδειας απουσίας. Στις εν

λόγω ομάδες συμπεριλαμβάνονταν, οι ασθενείς με τις παρακάτω διαγνώσεις: «1.1. Άτομα με μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου που λαμβάνουν δύο ή περισσότερα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. 1.2. Άτομα με μεταμόσχευση μυελού των οστών το τελευταίο έτος ή που λαμβάνουν δύο ή περισσότερα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. 1.3. Άτομα με διάγνωση νεοπλασίας, που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, ή ανοσοθεραπεία. 1.4. Άτομα με αιματολογικές κακοήθειες (λευχαιμία, λέμφωμα ή μυέλωμα) που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία....και 2.9. Άτομα με μεταμόσχευση, ή διάγνωση νεοπλασματικής νόσου την τελευταία πενταετία, που δεν εμπίπτουν στους όρους των παραγράφων 1.1 - 1.4.» (Υπουργείο Εσωτερικών, 2020)

Όσοι από τους υπαλλήλους ανήκαν στις ανωτέρω ομάδες αυξημένου κινδύνου, είχαν την δυνατότητα κατόπιν αίτησής τους, να απουσιάζουν δικαιολογημένα με ειδική άδεια απουσίας, εφόσον δεν απουσίαζαν ήδη από την εργασία λόγω υπάρχουσας αναρρωτικής άδειας. Στη συνέχεια προσκόμιζαν την απαιτούμενη γνωμάτευση από τον ιατρό και ακολουθούσε εξέταση από τις αρμόδιες υπηρεσίες για την εγκυρότητα της και την χορήγηση της ειδικής άδειας. Η μισθοδοσία στους δημόσιους υπαλλήλους θα συνεχιζόταν κανονικά. Οι εργαζόμενοι που θα απουσίαζαν με την ανωτέρω ειδική άδεια θα έπρεπε να παρείχαν εργασία, υποχρεωτικά εξ' αποστάσεως, είτε επειδή είναι δυνατή η άσκηση των καθηκόντων τους από απόσταση, είτε εφόσον ο χαρακτήρας των αρμοδιοτήτων τους δεν απαιτούσε την αυτοπρόσωπη παρουσία τους στον χώρο εργασίας τους. Σε περίπτωση όμως που επιθυμούσαν να εργαστούν με αυτοπρόσωπη παρουσία και συνεπώς και δεν λάμβαναν την ειδική άδεια απουσίας, η υπηρεσία θα έπρεπε να μεριμνήσει με ατομική ευθύνη τόσο των ιδίων όσο και της υπηρεσίας, για τη διασφάλιση εκείνων των προϋποθέσεων απασχόλησης που ωφελούν την προστασία της υγείας γενικώς. «Η εν λόγω ειδική άδεια εξακολουθεί να χορηγείται στους δικαιούχους μέχρι να εκλείψουν οι λόγοι χορήγησής της. Επίσης, σε περίπτωση που υπάλληλοι του δημοσίου διαμένουν με άτομα που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου για σοβαρή λοίμωξη COVID 19, λαμβάνουν όλα εκείνα τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να διαφυλάξουν την υγεία των οικείων τους, όπως και ο γενικός πληθυσμός, χωρίς ωστόσο να δικαιούνται ειδικής άδειας απουσίας, ελλείψει προς το παρόν σχετικής προς τούτο ανάγκης και πρόβλεψης. Ωστόσο και στο πλαίσιο της αποτελεσματικής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού που υπηρετεί σε κάθε φορέα, θα ήταν δυνατό να εκτιμηθεί η ιδιαίτερη αυτή περίπτωση από το αρμόδιο όργανο διοίκησης και να εξετασθεί η δυνατότητα απασχόλησης

των υπαλλήλων αυτών σε καθήκοντα, για τα οποία δεν απαιτείται καθημερινή επαφή με κοινό (*back office*)» (Υπουργείο Εσωτερικών, 2020).

Επιπροσθέτως, «..σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 68 του ν. 4722/2020, στο άρθρο εικοστό πέμπτο της από 14/3/2020 Π.Ν.Π., που κυρώθηκε με το άρθρο 3 του ν. 4682/2020, στους υπαλλήλους, οι οποίοι ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου και στους οποίους χορηγείται η ειδική άδεια απουσίας υπό τις ανωτέρω προϋποθέσεις, αλλά δεν δύνανται λόγω της φύσης των καθηκόντων τους να εργάζονται εξ αποστάσεως, για κάθε τέσσερις ημέρες ειδικής άδειας απουσίας από τις 15.9.2020, η τέταρτη ημέρα χρεώνεται με κανονική άδεια, ή εφόσον δεν υπάρχει διαθέσιμο υπόλοιπο με οποιαδήποτε άλλη άδεια, εκτός της αναρρωτικής, δικαιούται ενδεχομένως ο υπάλληλος, ανεξαρτήτως των τυχόν ειδικών προϋποθέσεων που προβλέπονται για τη χορήγηση των αδειών αυτών. Σε αυτές τις περιπτώσεις ειδική άδεια απουσίας δεν χορηγείται για χρονικό διάστημα μικρότερο των τεσσάρων (4) ημερών, σε περίπτωση δε που διακοπεί πριν την ολοκλήρωση διαστήματος τεσσάρων (4) ημερών χωρίς υπαιτιότητα του υπαλλήλου, αποτελεί στο σύνολό της ειδική άδεια απουσίας.» (Υπουργείο Εσωτερικών, 2020).

Σε περίπτωση που ασθενής με καρκίνο που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, δηλαδή ανήκει στις παραπάνω ευπαθείς ομάδες για τις οποίες εφαρμόζονται οι άδειες ειδικού σκοπού, θα πρέπει ο εργαζόμενος να ενημερώσει τον εργοδότη του και να του αιτηθεί να εργαστεί εξ αποστάσεως. Εάν όμως δεν είναι εφικτή η τηλεργασία ο εργοδότης θα πρέπει να λάβει τα απαραίτητα μέτρα, ώστε κατά την διάρκεια της εργασίας του να μην έρχεται σε επαφή με το κόσμο, ώστε να μην τεθεί σε κίνδυνο η υγεία του λόγω λοίμωξης και ανοσοκαταστολή. Ο εργοδότης οφείλει να παρέχει όλες τις αμοιβές. Εάν όμως και πάλι δεν είναι εφικτή η δυνατότητα προσαρμογής σε διαφορετική θέση εργασίας, ώστε να προστατευθεί ο εργαζόμενος, υπάρχει η δυνατότητα είτε χορήγησης ειδικής άδειας απουσίας (άδειας ειδικού σκοπού), είτε αναστολής της σύμβασης εργασίας και χορήγησης του επιδόματος αναστολής εργασίας από το κράτος. Επίσης σε περίπτωση που εταιρεία αναστείλει την λειτουργία της, ο εργαζόμενος ασθενής πάλι θα δικαιούταν την χορήγηση του παραπάνω επιδόματος.

2.7.2. Σχετικά με την τηλεργασία

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και των συνεπακόλουθων αποκλεισμών, η τηλεργασία καθιερώθηκε, κυρίως από επαγγέλματα που βασίζονται στη διαχείριση της γνώσης⁶ (knowledge-based jobs). Εάν η τάση παραταθεί και γίνει μέρος της «νέας κανονικότητας» μετά την πανδημία, ευάλωτοι πληθυσμοί, όπως άτομα με αναπηρία ή με προηγούμενες παθήσεις, θα μπορούσαν να επωφεληθούν από μια πρόσθετη έμφαση στην τηλεργασία. Αναπτύσσοντας τις αναγκαίες εύλογες διευκολύνσεις και τις διαρθρωτικές συνθήκες για τα προαναφερόμενα άτομα στην τηλεργασία, θα μπορούσαμε να αδράξουμε την ευκαιρία που προέκυψε, από αυτό το κύμα αναγκαιότητας. Εάν επίσης υποστηριχθεί σωστά, η τηλεργασία μπορεί να εξισώσει τους όρους ανταγωνισμού, όσον αφορά τις ευκαιρίες απασχόλησης για αυτά τα άτομα (Jesus et al, 2020).

Επιπροσθέτως λαμβάνοντας υπ' όψιν το σχέδιο νόμου που τέθηκε στις 13 Μαΐου 2021 σε δημόσια ηλεκτρονική διαβούλευση «... η Κύρωση της Σύμβασης 187 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας για το Πλαίσιο Προώθησης της Ασφάλειας και της Υγείας στην Εργασία – Ενσωμάτωση της Οδηγίας (ΕΕ) 2019/1158 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιουνίου 2019 για την ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της ιδιωτικής ζωής», στο άρθρο 66 σχετικά με ρυθμίσεις για σύγχρονες μορφές όπως η τηλεργασία, αναφέρεται: «1. Κατ' εξαίρεση, η τηλεργασία επιβάλλεται μονομερώς: α) Από τον εργοδότη, για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας και για όσο χρόνο διαρκεί η ανάγκη αυτή. β) Από τον εργαζόμενο, σε περίπτωση τεκμηριωμένου κινδύνου υγείας του, ο οποίος θα αποφευχθεί αν εργάζεται μέσω τηλεργασίας και όχι στις εγκαταστάσεις του εργοδότη και για όσο χρόνο διαρκεί η ανάγκη αυτή. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας καθορίζονται οι παθήσεις, νοσήματα ή αναπηρίες του εργαζομένου που μπορούν να τεκμηριώσουν τον κίνδυνο υγείας της περ. α).» (Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων, 2021). Επομένως, θα ήταν βοηθητικό για ασθενείς με καρκίνο και επιβίωσαντες, να θεσμοθετηθεί ως εναλλακτικός τρόπος εργασίας και να μπορούν να ενταχθούν στις καθορισμένες παθήσεις, χωρίς αναγκαστικά να χρήζει πιστοποίησης αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ, για να βεβαιώσουν την ασθένειά τους.

⁶ όπως για παράδειγμα αρχιτέκτονες, προγραμματιστές, υπάλληλοι γραφείων, εκπαιδευτικοί, δικηγόροι, κλπ.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι περιορισμένοι πόροι και τα κενά που αναδύθηκαν στο σύστημα υγείας, δίνουν μια μεγάλη ευκαιρία να επανεξετασθεί ο τρόπος οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών. Ενδεχομένως, είναι η ώρα να εφαρμοστούν θεμελιώδεις αλλαγές, που θα στοχεύσουν σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με διαδικασίες για οριζόντιες και κάθετες συνδέσεις και στον συντονισμό μεταξύ των διαφόρων επιπέδων περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) (Giannopoulou & Tsobanoglou, 2020), όπως επίσης και στην καθιέρωση της τηλεργασίας ως ευέλικτη μορφή απασχόλησης, για ασθενείς με καρκίνο που επιθυμούν και έχουν την δυνατότητα να εργαστούν .

2.8 Εργασιακό περιβάλλον και φροντιστές

2.8.1 Φροντιστές

Είναι σημαντικός ο ρόλος των άτυπων φροντιστών, ιδίως των μελών της οικογένειας, όσον αφορά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο και την υποστήριξη σε διάφορες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν. Αυτές οι δραστηριότητες μέριμνας, δυσκολεύουν τον συνδυασμό φροντίδας και εργασίας, συνοδεύονται συχνά από απώλεια εσόδων λόγω ελάττωσης των ωρών εργασίας και δημιουργούν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο εισόδημα γήρατος. Διαιωνίζει επίσης τις ανισότητες μεταξύ των φύλων (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2021) (λόγω των πολλών ρόλων που αναλαμβάνουν οι γυναίκες).

Ήδη από το 2019 η Ευρωπαϊκή Συμμαχία Ασθενών με Καρκίνο⁷, είχε τονίσει για τον κρίσιμο ρόλο των φροντιστών και είχε ζητήσει την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους για διευκόλυνση μέσω ευέλικτων μορφών εργασίας και άδεια μετ' αποδοχών για φροντίδα. Είχε προτείνει τροποποιήσεις ώστε να ισορροπηθεί η εργασία και η ζωή για τους φροντιστές, όσον αφορά την ψυχολογική τους υποστήριξη και την άμεση κατάρτιση δεξιοτήτων φροντίδας (De Lorenzo & Apostolidis, 2019).

⁷ Η Ευρωπαϊκή Συμμαχία Ασθενών με Καρκίνο (ECPC), συνεργεί με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την ανάπτυξη εργαλείων για πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης και ερευνητικών προγραμμάτων για τον καρκίνο, για την εξάλειψη ανισοτήτων σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και φροντίδας της επιβίωσης, όπως επίσης συνεργάζεται με οργανώσεις ασθενών, ιατρών, επιστημόνων, φορέων και βιομηχανιών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Οι ευθύνες του φροντιστή επιδρούν στην ψυχική και σωματική του υγεία. Στο Ευρωπαϊκό Σχέδιο Καταπολέμησης του Καρκίνου η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα κατοχυρώσει επιπλέον, ότι τα κράτη – μέλη θα μεταφέρουν στο εθνικό τους δίκαιο την οδηγία σχετικά με την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής για τους γονείς και τους φροντιστές, η οποία καθιερώνει την σημασία της άδειας φροντίδας και τη δυνατότητα να αιτούνται ευέλικτες διευθετήσεις ως προς το χρόνο εργασίας τους (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2021).

Επισημαίνεται ότι στις 13 Μάϊου 2021, τέθηκε σε Δημόσια ηλεκτρονική διαβούλευση το σχέδιο νόμου «... η Κύρωση της Σύμβασης 187 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας για το Πλαίσιο Προώθησης της Ασφάλειας και της Υγείας στην Εργασία – Ενσωμάτωση της Οδηγίας (ΕΕ) 2019/1158 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιουνίου 2019 για την ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της ιδιωτικής ζωής». Συγκεκριμένα στο άρθρο 42 γίνεται πρώτη αναφορά στην Ελλάδα, για θεσμοθέτηση άδειας μετ' αποδοχών λόγω ασθένειας παιδιού ή άλλου εξαρτώμενου μέλους, δηλαδή δικαίωμα για τον εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα, ο οποίος είναι παράλληλα και φροντιστής ασθενούς με καρκίνου. Δικαίωμα που εδώ και χρόνια είναι θεσμοθετημένο και κατοχυρωμένο σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και τώρα θα κατοχυρωθεί και στην Ελλάδα.

Συγκεκριμένα θα ισχύει: «1. Οι εργαζόμενοι γονείς, κατά την έννοια του άρθρου 33, δικαιούνται, ανεξάρτητα από δικαιώματα που παρέχονται από άλλες διατάξεις, να λαμβάνουν, κατόπιν αιτήσεως τους, άδεια άνευ αποδοχών, που δεν υπερβαίνει τις έξι (6) εργάσιμες ημέρες κάθε ημερολογιακό έτος, σε περίπτωση ασθένειας εξαρτώμενων παιδιών ή άλλων μελών της οικογένειας, όπως αυτά προσδιορίζονται στην παρ. 2. Η άδεια αυτή είναι δυνατό να χορηγείται εφόπαξ ή τμηματικά και αυξάνεται σε οκτώ (8) εργάσιμες ημέρες, εάν ο δικαιούχος προστατεύει δύο παιδιά και σε δέκα (10) εργάσιμες ημέρες, εάν προστατεύει περισσότερα από δύο. Σε περίπτωση που οι δικαιούχοι είναι σύζυγοι, η άδεια αυτή χορηγείται στον καθένα από αυτούς χωριστά. 2. Στην έννοια των όρων «εξαρτώμενα παιδιά ή άλλα μέλη της οικογένειας» που έχουν ανάγκη για φροντίδα ή υποστήριξη περιλαμβάνονται: α) Τα παιδιά έως δεκαέξι (16) ετών, φυσικά ή υιοθετημένα, εφόσον οι γονείς έχουν την επιμέλειά τους. β) Τα παιδιά άνω των δεκαέξι (16) ετών που έχουν αποδεδειγμένα ανάγκη από ειδική φροντίδα, για λόγους βαριάς ή χρόνιας ασθένειας, ή αναπηρίας, εφόσον οι γονείς έχουν την επιμέλειά τους. γ) Ο ή η σύζυγος, εφόσον για λόγους οξείας, βαριάς ή χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας δεν μπορεί να

αυτοεξυπηρετηθεί. δ) Οι γονείς και οι άγαμοι αδελφοί και αδελφές που, για λόγους οξείας, βαριάς ή χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας ή ηλικίας, δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, εφόσον ο εργαζόμενος έχει τη φροντίδα τους και το ετήσιο εισόδημά τους δεν είναι μεγαλύτερο από το ετήσιο εισόδημα του ημερομίσθιου ανειδίκευτου εργάτη που αμείβεται με το γενικό κατώτερο όριο ημερομίσθιου που ισχύει κάθε φορά, υπολογιζόμενο με είκοσι πέντε (25) ημερομίσθια το μήνα.» (Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων, 2021)

Να σημειωθεί ότι μέχρι σήμερα, μόνο οι υπαλλήλους του δημοσίου τομέα που θα έπρεπε να φροντίσουν κάποιον δικό τους άνθρωπο, δικαιούνταν άδεια 22 ημερών μετ' αποδοχών (βλ. 2.42.)

2.8.2 Εργοδότες και συνάδελφοι

Παρόλο που οι συνάδελφοι και ο εργασιακός χώρος μπορούν να παρέχουν υποστήριξη στους υπαλλήλους που διαγιγνώσκονται με καρκίνο, η επιθυμία του ασθενούς για διακριτικότητα και αποφυγή ενημέρωσής τους πρέπει πάντα να γίνεται σεβαστή (Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Αγ. Σάββας»). Εξαρτάται αποκλειστικά από τον ασθενή η απόφαση να μοιραστεί τη διάγνωση του και από την εμπιστοσύνη και την σχέση με τους συναδέλφους του. Η ανταλλαγή και το μοίρασμα των ανησυχιών του ασθενή, σχετικά με τα πιθανά προβλήματα και τα σχέδια για τη συνεργασία μαζί με τους συναδέλφους του, μπορεί να τους βοηθήσει να κατανοήσουν την κατάσταση και είναι επίσης σημαντικό να υπάρχει σαφής επικοινωνία με τον εργοδότη, σχετικά με τους σωματικούς και ψυχολογικούς περιορισμούς που θα αντιμετωπίσει (ESMO & ECPC, 2017). Από την άλλη, οι εργοδότες δικαιολογημένα δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τη μεταβλητότητα που υπάρχει, τόσο από την άποψη της λειτουργικής ικανότητας που μπορεί να έχει ο ασθενής, όσο και από την άποψη της πρόγνωσης της ασθένειας του εργαζομένου του, και συχνά αγνοούν τη βελτιωμένη πρόγνωση για πολλούς καρκίνους (Mellette, 1985).

Σύμφωνα με τον Οδηγό Επιβίωσης Ασθενών με Καρκίνο: «*Μερικοί εργοδότες και συνάδελφοι, μπορεί να μην ανταποκριθούν καλά. Οι αντιδράσεις τους μπορεί να σχετίζονται με την έλλειψη εξοικείωσής τους με τον καρκίνο ή με τον ανταγωνισμό του εργασιακού περιβάλλοντος*», αλλά είναι πιθανό ότι ο ασθενής, θα βρει τουλάχιστον κάποια κατανόηση

από ανθρώπους που μπορεί να είναι προστατευτικοί, υποστηρικτικοί και δείχνουν ενδιαφέρον προς τον ίδιο. Είναι επιπλέον χρήσιμο, να προσπαθήσει να μιλήσει με άλλους συναδέλφους και ιδιαίτερα με εκείνους που βρίσκεται πολύ κοντά. (ESMO & ECPC, 2017).

Τους περισσότερους ασθενείς δεν τους απασχολεί εάν οι συνάδελφοί τους γνωρίζουν για την κατάστασή τους. Από την άλλη πλευρά για κάποιους συναδέλφους, η είδηση ότι κάποιος συνάδελφος έχει διαγνωστεί με καρκίνο, μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ψυχολογία τους. Επίσης, εάν κάποιος έχει ζήσει την εμπειρία της ασθένειας, είναι σημείο αναφοράς σε έναν που τώρα την ζει, διότι μπορεί να διαψεύσει οποιουδήποτε μύθους. Υπάρχει πιθανότητα οι συνάδελφοι του, να θελήσουν να ξέρουν περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο του. Μια προσέγγιση είναι να ενημερωθούν συνοπτικά ο εργοδότης και οι συνάδελφοι για τον τύπο του καρκίνου, την πιθανή θεραπεία, διάρκεια, τις παρενέργειες, όπως η εξάντληση και η έλλειψη μνήμης, γιατί έτσι ενδεχομένως να τους κάνουν να αισθανθούν πιο άνετα με τον ασθενή και να τον ενθαρρύνουν (Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Αγ. Σάββας»).

Ο εργοδότης προτού ξεκινήσει την παροχή ορισμένων διευκολύνσεων στον χώρο εργασίας, μπορεί να ζητήσει απόδειξη των δυσκολιών και των συνοσηροτήτων. Ωστόσο, δεν έχει δικαίωμα πρόσβασης ή αιτήσεως στα ιατρικά αρχεία ενός ασθενή. Επίσης, είναι πιθανό ένας εργοδότης να μπορεί να αρνηθεί κάποιες από τις απαιτήσεις, χρησιμοποιώντας ως επιχείρημα ότι θα μπορούσαν να του κοστίσουν. Σε αυτή την περίπτωση, ο εργοδότης θα ήταν καλό να καθορίσει εάν υπάρχουν φθηνότερες λύσεις, που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον ασθενή (ESMO & ECPC, 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε περίπτωση που εργαζόμενος ασθενής έχει αιτηθεί αναρρωτικής άδειας, μπορεί να ενημερωθεί ο εργοδότης, μέσω της ιατρικής γνωματεύσεως, επομένως θα μάθει με κάποιον τρόπο την διάγνωση, όχι όμως περαιτέρω πληροφορίες.

Οι συγγραφείς του έργου «Αποκατάσταση και επιστροφή στην εργασία μετά τον καρκίνο – εργαλεία και πρακτικές» για τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, ανέφεραν ότι οι απόψεις των εργοδοτών ποίκιλλαν όσον αφορά τον προϋπολογισμό για την παροχή πρόσθετης βοήθειας στους εργαζομένους που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, εντός του χώρου εργασίας. Οι περισσότεροι εργοδότες δεν είχαν οικονομικά κίνητρα για να δρομολογήσουν τη διαδικασία επιστροφής στην εργασία των

εργαζομένων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, αλλά πίστευαν ότι αυτή η διαδικασία αποτελεί μέρος της καλής πρακτικής απασχόλησης (EU – OSHA, 2018).

Ακόμη, ορισμένοι συνάδελφοι ή συνεργάτες ενδέχεται να αναλάβουν τις αρμοδιότητές του. Ίσως και να λάβουν και μια προαγωγή την οποία υπολόγιζε παλαιότερα. Μιλώντας ο ασθενής όμως με τον εργοδότη του, για τα σχέδια και τις ελπίδες του, μπορεί πιθανόν να του προσφέρει ένα εναλλακτικό σχέδιο ή μια στρατηγική για το μέλλον του (ESMO & ECPC, 2017). Τέλος παρατηρήθηκε από ένα μικρό κομμάτι βιβλιογραφίας, ότι το μικρό μέγεθος των ΜΜΕ αποτελεί προτέρημα, διότι αυτές οι εταιρείες παρέχουν ένα πιο «οικογενειακό» περιβάλλον, το οποίο είναι πιθανόν να δημιουργεί πιο υποστηρικτικές συνθήκες, για τους εργαζομένους με καρκίνο που επιστρέφουν στην εργασία (EU – OSHA, 2018).

2.9 Παρεμβάσεις και καλές πρακτικές από χώρες της ΕΕ για την υποστήριξη της αποκατάστασης & της επιστροφής στην εργασία έπειτα από διάγνωση καρκίνου

Σύμφωνα με τον OSHA (2018) γενικώς, φαίνεται ότι η επιστροφή στην εργασία επηρεάζεται από το θεσμικό πλαίσιο μιας χώρας και συγκεκριμένα από το διάστημα της αναρρωτικής άδειας με αποδοχές. Επίσης, η εστίαση στο ζήτημα της έγκαιρης επιστροφής στην εργασία, στο πλαίσιο της διαδικασίας που ακολουθείται για την μεταχείριση της ασθένειας, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό συντελεστή σε κάθε πρόγραμμα (EU – OSHA, 2018).

Η συνεργασία με διάφορους ενδιαφερομένους, συμπεριλαμβανομένων του εργαζομένου ασθενή και της οικογένειάς του, του εργοδότη, των επαγγελματιών υγείας και των ειδικών σε θέματα επαγγελματικής αποκατάστασης, ενδεχομένως να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε όλα τα παραδείγματα καλής πρακτικής και να έχει θετικές επιπτώσεις στη διαδικασία της επιστροφής στην εργασία. Παρακάτω περιγράφονται μερικά παραδείγματα καινοτόμων πρακτικών, που εντοπίστηκαν σε πέντε κράτη μέλη, καλύπτουν και τα δύο φύλα, διάφορους τομείς δραστηριότητας, τόπους, χώρους εργασίας, και περιέχουν εταιρείες μεσαίου μεγέθους, ομάδες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, δηλαδή υποστηρίζουν μια ποικιλία επαγγελμάτων (EU – OSHA, 2018):

- «Συνεργασία μεταξύ οργανισμών στο πλαίσιο του προγράμματος «*Working Through Cancer*» του οργανισμού *Macmillan Cancer Support* (Ηνωμένο Βασίλειο): το πρόγραμμα παρέχει υποστήριξη σε διάφορους ενδιαφερομένους –σε άτομα με καρκίνο και στα πρόσωπα που τα φροντίζουν, σε επαγγελματίες των τομέων της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας και σε εργοδότες– στο πλαίσιο της βοήθειας που παρέχουν σε άτομα με καρκίνο για να παραμείνουν και/ή να επιστρέψουν στην εργασία, καθώς και στο πλαίσιο της προσπάθειάς τους να επηρεάσουν την κρατική πολιτική και τους διοικητές υπηρεσιών. Το πρόγραμμα παρέχει ποικιλία πληροφοριακών πόρων, υλικού κατάρτισης και καθοδήγησης για εργοδότες, ενημέρωση και συμβουλές σε θέματα απασχόλησης μέσω τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης για εργαζομένους που έχουν προσβληθεί από καρκίνο και για τα πρόσωπα που τους φροντίζουν, με εξειδικευμένες συμβουλές για τους αυτοαπασχολούμενους, καθώς και πόρους για επαγγελματίες στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας.
- Δημοτικό πρόγραμμα επαγγελματικής αποκατάστασης (Δανία): στο πρόγραμμα συμμετέχουν διάφοροι ενδιαφερόμενοι και, πιο συγκεκριμένα, το νοσοκομειακό ίδρυμα (νοσηλεύτες), ο εργοδότης, ένας σύμβουλος εργασίας και ο εργαζόμενος. Ένα από τα καινοτόμα στοιχεία αυτής της παρέμβασης είναι ο συγχρονισμός και η έγκαιρη έναρξη της επαγγελματικής αποκατάστασης. Ο σύμβουλος εργασίας ενεργεί ως ενδιάμεσος φορέας μεταξύ του εργοδότη και του εργαζομένου.
- Ενδονοσοκομειακή παρέμβαση αποκατάστασης (Κάτω Χώρες): σε αυτή την παρέμβαση συμμετέχουν ένας ογκολογικός νοσηλεύτης, ένας ιατρός εργασίας, ένας επόπτης και ο εργαζόμενος. Η παρέμβαση αυτή που πραγματοποιείται στο πλαίσιο νοσοκομείου είναι μια έγκαιρη παρέμβαση, δεδομένου ότι, σε άλλες περιπτώσεις, οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο δεν έχουν επαφή με τον επόπτη τους ή τον ιατρό εργασίας κατά τα πρώτα στάδια της αντικαρκινικής θεραπείας που ακολουθούν.
- Οργανισμός για την επανένταξη στην εργασία *Rentree* (Βέλγιο): στον οργανισμό συμμετέχουν διάφοροι ενδιαφερόμενοι φορείς και ο εργαζόμενος επιλέγει μεταξύ αυτών, εκείνους που επιθυμεί να εμπλακούν στην προσωπική του διαδικασία επιστροφής στην εργασία. Συνεπώς, το πρόγραμμα είναι προσαρμοσμένο στον χρήστη.
- Εφαρμογή πολιτικής «μετεγκατάστασης» εντός της εταιρείας: Μια κατασκευαστική εταιρεία (Βέλγιο), προσφέρει στους εργαζομένους μια προσωρινή θέση εργασίας με προσαρμοσμένα καθήκοντα προτού επιστρέψουν στην αρχική τους θέση εργασίας.

- *Μια μεσαίου μεγέθους εταιρεία (Κάτω Χώρες) προσφέρει πρόγραμμα εξωτερικών αθλητικών δραστηριοτήτων, αποκατάστασης και επιστροφής στην εργασία για τους εργαζομένους της που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο.*
- *Οργανισμός για την επανένταξη στην εργασία Re-turn (Κάτω Χώρες): ο οργανισμός ασχολείται με ζητήματα που αφορούν την εργασία, το σπίτι, την οικογένεια, τις σχέσεις, τις σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις της θεραπείας και την επιστροφή στην εργασία. Στον οργανισμό Re-turn συμμετέχουν διάφοροι ενδιαφερόμενοι φορείς.*
- *Οργανισμός για την επανένταξη στην εργασία oPuce (Κάτω Χώρες): ο οργανισμός παρέχει βοήθεια σε άνεργους ασθενείς. Η συνεργασία με μεγάλες εταιρείες και πολλούς άλλους ενδιαφερομένους, συμπεριλαμβανομένου του εργαζομένου, δημιουργεί νέες ευκαιρίες απασχόλησης για τους άνεργους πρώην καρκινοπαθείς.*
- *Ενημερωτικό έντυπο της ιρλανδικής συνδιάσκεψης συνδικαλιστικών ενώσεων (Ιρλανδία): ο στόχος αυτού του ενημερωτικού εντύπου είναι η καταπολέμηση του στίγματος που σχετίζεται με τον καρκίνο και την επιστροφή στην εργασία, η ενθάρρυνση εποικοδομητικών συζητήσεων μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων και η παροχή βοήθειας σε ενώσεις που εκπροσωπούν μέλη τα οποία έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και επιστρέφουν στην εργασία» (EU – OSHA, 2018).*

Η αξιοποίηση των παρεχόμενων προγραμμάτων βασιζόταν αρχικά από την κατάσταση του εργαζομένου, λαμβάνοντας υπόψιν της σοβαρότητας της ιατρικής διάγνωσης και των προσωπικών προτιμήσεων. Επιπροσθέτως, η πληροφόρηση σχετικά με τις δυνατότητες συμμετοχής στα προγράμματα, στις κινήσεις και στις πολιτικές ήταν αντίστοιχο με το μέγεθος της εταιρείας. Στις μικρότερες εταιρείες, ο εργαζόμενος μπορούσε να πληροφορηθεί πιο σύντομα επειδή οι γραμμές επικοινωνίας είναι μικρότερες (EU – OSHA, 2018).

Διαπιστώθηκε ότι περίπου οι μισές εταιρείες που εφαρμόζαν επιτυχημένα προγράμματα είχαν αναπτύξει τα δικά τους προγράμματα για την επιστροφή στην απασχόληση, ενώ οι υπόλοιπες συνεργαζόταν με εξωτερικούς φορείς και προγράμματα. Δεν είχαν ως βάση όλα τα προγράμματα μόνο στους εργαζομένους που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο, αλλά κάποια απευθύνονταν σε ευρύτερο φάσμα εργαζομένων που πάσχουν από άλλες χρόνιες ασθένειες. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ασθενής αισθάνονταν ότι λάμβαναν στήριξη από τους επόπτες τους αλλά, σε ορισμένες περιστατικά, χρειάστηκε η μεσολάβηση εξωτερικών προγραμμάτων ή του ιατρού εργασίας για να δοθεί υποστήριξη από το χώρο εργασίας (EU – OSHA, 2018).

Οι εργοδότες που έπρεπε οι ίδιοι να καλύψουν το κόστος της μακροχρόνιας απουσίας των εργαζομένων είπαν παρόλα αυτά, ότι το οικονομικό κίνητρο μπορεί να είναι ένας λόγος ώστε να γίνουν περισσότερες προσπάθειες για την επιστροφή στην εργασία (EU – OSHA, 2018).

2.10 Παράδειγμα Σουηδίας

Στο σουηδικό σύστημα υγείας για παράδειγμα, υπάρχει ένας κυβερνητικός οργανισμός ο οποίος χειρίζεται την κοινωνική ασφάλιση με την επωνυμία Försäkringskassan

(<https://www.forsakringskassan.se/>), από όπου μπορούν να βρουν χρήσιμες και έγκυρες πληροφορίες για την χορήγηση αναρρωτικών αδειών και επιδομάτων, με πολύ εύχρηστο και άμεσο τρόπο.



Μάλιστα στην συγκεκριμένη ιστοσελίδα, χρησιμοποιώντας τους προσωπικούς κωδικούς που παρέχονται σε όλους τους πολίτες (όπως π.χ. οι κωδικοί TAXISNET, στην Ελλάδα), οι εργαζόμενοι που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, μπορούν να προσπελάσουν τα στοιχεία τους, τις γνωματεύσεις τους και να ενημερωθούν για την πορεία των αιτημάτων αδειών και επιδομάτων. Η διαδικασίες χορήγησης γνωματεύσεων, ενημέρωσης των ασφαλιστικών φορέων και των εργοδοτών υλοποιούνται με ψηφιακή μορφή, χωρίς να χρειάζεται να απευθύνονται σε γραφεία ασφαλιστικών φορέων.

Εικόνα 2.1 Πληροφόρηση από το σουηδικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Πηγή:

<https://www.forsakringskassan.se/>

Λαμβάνοντας υπόψιν το παραπάνω παράδειγμα, διαπιστώνεται η σημαντικότητα της διαλειτουργικότητας σε ζητήματα διασύνδεσης υπηρεσιών και πληροφοριών για εργαζόμενους ασθενείς, την οποία θα την συναντήσουμε στο επόμενο κεφάλαιο.

Κεφάλαιο 3

Διαλειτουργικότητα και πληροφοριακά συστήματα

3.1 Διαλειτουργικότητα και φορείς

Με τον όρο Διαλειτουργικότητα (Interoperability) εννοούμε την ικανότητα ενός πληροφοριακού συστήματος να έρχεται σε επικοινωνία με το εξωτερικό περιβάλλον του, καταρχάς για να ανταλλάξει και στη συνέχεια για να επεξεργαστεί δεδομένα και πληροφορίες που γίνονται αντιληπτά με τον ίδιο τρόπο, τόσο από το πληροφοριακό σύστημα, όσο και από τα εξωτερικά πληροφοριακά συστήματα. Για να επιτευχθεί η διαλειτουργικότητα ενός συστήματος, πρέπει οι διεπαφές του να είναι πλήρως δημόσια τεκμηριωμένες. (Ανοιχτή διακυβέρνηση Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων).

Ένα πλαίσιο διαλειτουργικότητας κυρίως βασίζεται στις ανάγκες των χρηστών οι οποίοι επιθυμούν να έχουν το δικαίωμα της επιλογής του ειδικού πληροφοριακού συστήματος που τους καλύπτει. Αναβαθμίζει τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δίνει την άδεια για τη χρήση των δεδομένων και για ασφαλή δευτερογενή χρησιμοποίηση δίχως να χρειάζεται ο χρήστης να εισάγει εκ νέου στοιχεία και τα πληροφοριακά συστήματα να κάνουν νέες διασυνδέσεις, όπως επίσης επιτρέπει στον ασθενή να έχει ασφαλή πρόσβαση στα δεδομένα του και να δίνει τη αποδοχή του στη διακίνηση των δεδομένων του (Τάγαρης, 2015).

Όσον αφορά τους φορείς διαλειτουργικότητας στην Ελλάδα, σύμφωνα με το άρθρο 85 του Νόμου 4727/2020 - ΦΕΚ Α'184 23-9-2020, σχετικά με τον Κώδικα Ψηφιακής Διακυβέρνησης: «1. Η Γενική Γραμματεία Πληροφοριακών Συστημάτων Δημόσιας Διοίκησης του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για την ηλεκτρονική ταυτοποίηση και επιβεβαίωση ταυτότητας (αυθεντικοποίηση) των φυσικών προσώπων σύμφωνα με τα άρθρα 24 και 25 με σκοπό την παροχή ψηφιακών δημόσιων υπηρεσιών. Αποτελεί τον μοναδικό αρμόδιο φορέα για την υλοποίηση διατομεακής διαλειτουργικότητας και διαλειτουργικότητας των επιμέρους μητρώων των φορέων του δημόσιου τομέα σε συνεργασία με την Γενική Γραμματεία Ψηφιακής Διακυβέρνησης και Απλούστευσης Διαδικασιών, τον μοναδικό αρμόδιο φορέα για την ταυτοποίηση των φυσικών προσώπων μεταξύ των μητρώων των φορέων αυτών αξιοποιώντας τα επιμέρους αναγνωριστικά, και είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για τη λειτουργία του Κέντρου Διαλειτουργικότητας (ΚΕΔ) και την υλοποίηση όλων των σχετικών δράσεων σε συνεργασία με τους ως άνω φορείς». (Ν. 4727/2020). Για παράδειγμα με τους προσωπικούς κωδικούς TAXISNET που παρέχονται από το κράτος, δίνεται η δυνατότητα να ταυτοποιούνται μοναδικά οι πολίτες για ηλεκτρονικές παροχές υπηρεσιών. Τα συγκεκριμένα αναγνωριστικά απαιτούνται για την ασφαλή αυθεντικοποίηση και διασύνδεση ασθενών με ασφαλιστικούς φορείς και δημόσιες υπηρεσίες μέσω διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών συστημάτων.

3.2 Πληροφοριακά συστήματα

Με τον όρο Πληροφοριακό Σύστημα (Information System ή IS) ορίζεται ένα σύνολο ανθρώπινου δυναμικού, διαδικασιών και αυτοματοποιημένων υπολογιστικών συστημάτων που προορίζονται για τη συλλογή, εγγραφή, επεξεργασία, ανάλυση, αποθήκευση και ανάκτηση πληροφοριών. Περιλαμβάνουν λογισμικό, υλικό, διαδικασίες, βάσεις δεδομένων και κομμάτι τηλεπικοινωνίας τα οποία συνδυασμένα βοηθούν στην ομαλή συνεργασία ανθρώπων, διαδικασιών, δεδομένων. Κατά μια έννοια, ο όρος χρησιμοποιείται για να αναφερθεί όχι μόνο στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αλληλεπίδραση και στην τεχνολογία για την υποστήριξη των διαφόρων διαδικασιών αλλά και στην τεχνολογία της πληροφορίας και της επικοινωνίας (ΤΠΕ). Τα πληροφοριακά συστήματα σχετίζονται με τα συστήματα διαχείρισης βάσεων δεδομένων από τη μία πλευρά και με τα συστήματα δραστηριότητας από την άλλη. Ένα πληροφοριακό σύστημα είναι μια μορφή επικοινωνίας του συστήματος στο

οποίο τα δεδομένα αντιπροσωπεύουν και υποβάλλονται σε επεξεργασία ως μια μορφή κοινωνικής μνήμης τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών (Βικιπαιδεία, 2021).

3.2.1 Πληροφοριακό Σύστημα e-ΕΦΚΑ

Ο Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης – e-ΕΦΚΑ <https://www.efka.gov.gr/el> παρέχει μια λίστα από ηλεκτρονικές υπηρεσίες ασφαλιστικής φύσης. Στην ουσία ο ΕΦΚΑ με την ένωση όλων των ασφαλιστικών ταμείων, προσπάθησε να ενοποιήσει τα διάφορα πληροφορικά συστήματα των επιμέρους ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΣΑΥ, ΤΣΜΕΔΕ, κα) κάτω από ένα ενιαίο σύνολο. Ορισμένα από τα πληροφοριακά συστήματα που βρίσκονται μέσα στο e-ΕΦΚΑ είναι: το Ηλεκτρονικό αίτημα εξυπηρέτησης / κλείσιμο ραντεβού, το Εθνικό Μητρώο Ασφάλισης – Ασφαλιστικής Ικανότητας «ΑΤΛΑΣ», η Έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλειας Ασθενείας – ΕΚΑΑ, η λήψη ασφαλιστικής ενημερότητας, η Ηλεκτρονική Υπηρεσία Υποβολής Αίτησης Συνταξιοδότησης, οι Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Κέντρου Είσπραξης Ασφαλιστικών Οφειλών, οι Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας και πολλά ακόμη. Παρέχει ηλεκτρονικές υπηρεσίες ταξινομημένες σε: Εργοδότες, Συνταξιούχους, Φορείς, Λογιστές, Μισθωτούς, Αυτοαπασχολούμενους, Ελ. Επαγγελματίες και Αγρότες (Πίπης et al, 2020). Σκοπός του Ηλεκτρονικού Εθνικού Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (e-Ε.Φ.Κ.Α.) είναι η δημιουργία ενός πρότυπου, βιώσιμου και ποιοτικού μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης, με βάση τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού μοντέλου και την ενδυνάμωση της κοινωνικής ευημερίας βάζοντας ίσους όρους για όλους (e-ΕΦΚΑ). Η παροχή έγκυρων, αναβαθμισμένων και εύχρηστων υπηρεσιών προς τον εργαζόμενο, μέσω της επεξεργασίας των δεδομένων και της βελτίωσης των διαδικασιών είναι μια από τις υπηρεσίες που προωθεί.

Κύριοι άξονες ανάπτυξης του συστήματος e-ΕΦΚΑ είναι η εναρμόνιση με αυστηρές συμμορφώσεις προσβασιμότητας, η υποστήριξη της διαλειτουργικότητας και η χρήση των βέλτιστων πρακτικών για την προστασία των συστημάτων και την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων. Βασική αποστολή του έργου είναι να γίνει όσο το δυνατόν ευκολότερη η επεξεργασία των δεδομένων δίχως να απαιτείται η παρέμβαση ανθρώπου, να εξαλειφθούν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, οι πολύωρες αναμονές και τα ενδιάμεσα στάδια. Η έγκριση της διοίκησης θα δίνεται αυτομάτως από τα πιστοποιημένα πληροφοριακά

συστήματα με την χρήση κωδικών (κυρίως TAXISNET) από τον ασφαλισμένο και χωρίς να είναι απαραίτητη η προσκόμιση πρωτότυπων δικαιολογητικών (Πίπης et al, 2020).

3.2.2 ΗΔΙΚΑ

Η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – Η.ΔΙ.ΚΑ Α.Ε. *«λειτουργεί χάριν του δημοσίου συμφέροντος κατά τις διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου, σύμφωνα με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, διέπεται από τις διατάξεις του Ν.3607/2007 και των κατά εξουσιοδότηση αυτού διοικητικών πράξεων όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του Ν.4024/2011 άρθρο 2 παρ.12 (ΦΕΚ Α226) και υπάγεται στις διατάξεις του Ν.3429/2005 (ΦΕΚ 314/Α') «Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμοί (Δ.Ε.Κ.Ο.)» εξαιρουμένων των διατάξεων του άρθρου 14» (ΗΔΙΚΑ).*

Κύρια αποστολή της είναι να αναλαμβάνει έργα για τα ασφαλιστικά ταμεία και τους παρόχους κοινωνικής ασφάλισης, να παρέχει αποτελεσματικές λύσεις στους τομείς των επικοινωνιών, της πληροφορικής, της διοικητικής μεταρρύθμισης οι οποίες θα υποστηρίξουν την ορθή, βιώσιμη και ολοκληρωμένη λειτουργία τους και την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, μέσω των εκσυγχρονισμένων ψηφιακών υπηρεσιών και πληροφοριών. Επίσης, βασικοί άξονες είναι η ενοποίηση των πληροφοριών στον τομέα της υγείας και η διασφάλιση και στήριξη της διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών συστημάτων των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης οι οποίοι τελούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων και που δραστηριοποιούνται σε θέματα περίθαλψης, υγείας και κοινωνικής πολιτικής (ΗΔΙΚΑ).

Σύμφωνα με την Πολιτική Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της ΗΔΙΚΑ: *«στο πλαίσιο των σχετικών με την ηλεκτρονική διακυβέρνηση δραστηριοτήτων της και της λειτουργίας της χάριν δημοσίου συμφέροντος, δύναται να συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα πολιτών («ευαίσθητα δεδομένα»), όπως δεδομένα που αφορούν στην υγεία, προκειμένου να ανταποκριθεί στις έννομες υποχρεώσεις της, είτε υπό την ιδιότητα της Υπεύθυνης Επεξεργασίας (λχ. ως εργοδότης), είτε υπό την ιδιότητα της Εκτελούσας την Επεξεργασία (λχ. εφαρμογή της υπηρεσίας Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης), είτε για εργαζομένους της και εν γένει συνεργατών της που κάνουν χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών*

– εφαρμογών της. Επίσης δύναται να διαβιβάζει δεδομένα σε τρίτα πρόσωπα ή/και να επιτρέπει την πρόσβασή τους σε αυτά (νομικά ή φυσικά πρόσωπα) που λειτουργούν ως εκτελούντες ή/και υπό-εκτελούντες την επεξεργασία, για την υποστήριξη της λειτουργίας της (λ.χ. εξειδικευμένη τεχνική συνδρομή και υποστήριξη για την ανάπτυξη εφαρμογών) και την εξυπηρέτηση των σκοπών της. Ειδικότερα, αντίστοιχες διαβιβάσεις ή προσβάσεις από και προς την ΗΔΙΚΑ δύνανται να λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο διαλειτουργικότητας πληροφοριακών συστημάτων και εφαρμογών web services. Επιπλέον μπορεί να διαβιβάζει τα ανωτέρω δεδομένα σε τρίτους ή/και να επιτρέπει διαβαθμισμένη πρόσβαση από τρίτους σε αυτά, όταν αυτό προβλέπεται από την υφιστάμενη νομοθεσία, σύμφωνα με τις εγγυήσεις που προβλέπονται από αυτήν. Στις περιπτώσεις αυτές, οφείλει να ενημερώνει επαρκώς τα υποκείμενα των δεδομένων προτού προβεί στην εν λόγω διαβίβαση, εφόσον απαιτείται.» (ΗΔΙΚΑ, 2019)

Ορισμένα από τα σημαντικά έργα τα οποία έχει υλοποιήσει και συνεχίζει να τα υποστηρίζει είναι η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, το Εθνικό Μητρώο ΑΜΚΑ, η Εκκαθάριση Συνταγών Φαρμάκων (η σημερινή Κεντρική Μονάδα Επεξεργασίας Συνταγών ΚΜΕΣ) και ο Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων & Κοινωνικής Αλληλεγγύης – ΟΠΕΚΑ.

3.2.2.1 ΑΜΚΑ

Ο ΑΜΚΑ – Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης είναι ένας ενιαίος αριθμός εργασίας και ασφάλισης κάθε εργαζόμενου, συνταξιούχου και προστατευόμενου μέλους της οικογένειάς τους στην Ελλάδα (Εθνικό Μητρώο ΑΜΚΑ). Αποτελεί επίσης τον μοναδικό αριθμό αναγνώρισης του ασθενή που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από πολλά πρότυπα και εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση για την έκδοση συνταγών και διαγνωστικών εξετάσεων, η χορήγηση γνωματεύσεων αναλώσιμου υλικού, επιδομάτων, κλπ. Κάνοντας χρήση του συγκεκριμένου μοναδικού αριθμού έχει αποδειχτεί ότι διασφαλίζεται η εγκυρότητα των στοιχείων μέσω ηλεκτρονικών εφαρμογών, εξοικονομούνται εργατοώρες σε υπηρεσίες και απλοποιούνται οι παροχές και τα επιδόματα για τους ασθενείς.

3.2.2.2 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Ο κύριος ρόλος της υπηρεσίας της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης είναι η εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης συνταγών φαρμάκων και παραπεμπτικών διαγνωστικών εξετάσεων. Έχουν ενταχθεί σχεδόν όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς της Ελλάδας στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η εφαρμογή απευθύνεται σε ιατρούς και φαρμακοποιούς μέσω της χρήσης των προσωπικών τους κωδικών και του ΑΜΚΑ του πολίτη. Ο γιατρός στην εφαρμογή αυτή έχει την δυνατότητα καταχωρώντας την διάγνωση σύμφωνα με την κωδικοποίηση ICD-10 να εκδώσει τις παρεχόμενες συνταγές και εξετάσεις για τον κάθε ασθενή. Θα εξηγήσουμε στο επόμενο κεφάλαιο την χρησιμότητα αυτού του εργαλείου.

Παράλληλα μέσω της εφαρμογής μπορούν γίνουν αιτήσεις για τον εμβολιασμό ευπαθών ομάδων, για την χορήγηση αναρρωτικών (προς το παρόν μόνο για τους ασφαλισμένους του τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), όπως επίσης υποστηρίζει τα Εθνικά Μητρώα Ασθενών COVID-19, Ασθενών με Κυστική Ίνωση, Παιδικής Ηλικίας με Νεοπλασματικά Νοσήματα και από τον Απρίλιο του 2021, πραγματοποιείται η καταχώριση και η ηλεκτρονική διαχείριση των αποτελεσμάτων self-test για τον COVID-19.

Το έργο της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης συνεισφέρει στην κανονική και απρόσκοπτη ανταλλαγή πληροφορίας μεταξύ των ιατρών που συνταγογραφούν σε δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες υγείας, των φαρμακείων και των ασφαλιστικών ταμείων που ελέγχουν, εγκρίνουν και αποζημιώνουν τις δαπάνες, ρυθμίζοντας τις γραφειοκρατικές διαδικασίες. Σκοπός της είναι τα στατιστικά στοιχεία που συλλέγονται από την χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης να αξιοποιούνται για την σχεδίαση της στρατηγικής στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα (ΗΔΙΚΑ).

3.2.2.3 Άυλη συνταγογράφηση

Η εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης δεν είναι κάτι άλλο από την αντικατάσταση της έντυπης συνταγής ή του παραπεμπτικού διαγνωστικής εξέτασης που εκδίδει ο ιατρός, σε ηλεκτρονική μορφή αρχείου (συνήθως αρχείο pdf), την οποία λαμβάνει ο ασφαλισμένος μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου e-mail ή/και μηνύματος sms. Ενεργοποιώντας την άυλη συνταγογράφηση από την υπηρεσία <https://www.gov.gr/>, με το ΑΜΚΑ, τους προσωπικούς κωδικούς TAXISNET, τον αριθμό του κινητού τηλεφώνου ή/και τη διεύθυνση του e-mail, ο

ασφαλισμένος μπορεί να λαμβάνει ενημερώσεις μέσω SMS ή mail όπως για παράδειγμα το ιατρικό ραντεβού για εμβολιασμό COVID-19.

3.2.2.4 Διεθνής κατηγοριοποίηση ασθενειών ICD 10

Μέσω της κωδικοποίησης επιτυγχάνεται η τυποποίηση της πληροφορίας που ενισχύει την ακρίβεια στην περιγραφή, την συγκρισιμότητα δεδομένων από διαφορετικούς φορείς και γενικότερα διευκολύνει την δυνατότητα βέλτιστης αξιοποίησης πληροφορίας. Συγκεκριμένα στα συστήματα πληροφορικής υγείας, η χρήση τυποποιημένων στοιχείων στην κλινική ορολογία συμβάλλει αποτελεσματικά στην ασφαλέστερη και πιο αξιόπιστη λειτουργία αυτών των συστημάτων. Η κωδικοποίηση ασθενειών και συναφών προβλημάτων Υγείας κατά ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) είναι υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και σήμερα βρίσκεται στην έκδοση 10 (ICD-10). Έχει ξεκινήσει από το 1992, αποτελεί το σύστημα τυποποίησης Νόσων και Διαγνώσεων και είναι ιδιαίτερα σημαντική η χρήση αυτής της κωδικοποίησης λόγω του ότι δίνει τη δυνατότητα για κατηγοριοποίηση των περιστατικών ανεξάρτητα από την χώρα και τον φορέα περίθαλψης και έτσι επιτρέπει τη συγκρισιμότητα μεταξύ των στοιχείων που πρέπει να διαχειριστούν. Όλα τα προηγούμενα σε συνδυασμό με την κωδικοποίηση των ιατρικών πράξεων και των θεραπειών μπορεί να προσδιορίσει ικανοποιητικά τον τρόπο αντιμετώπισης ενός περιστατικού (Κουτσοурής, 2017). Ο ΠΟΥ ήδη βρίσκεται στη διαδικασία αναθεώρησης και αναμένεται να ισχύσει η νέα κωδικοποίηση ICD-11 στις 1 Ιανουαρίου του 2022 (ΠΟΥ). Η χρήση τυποποιημένων διαγνώσεων βοηθά σημαντικά την ολοκληρωμένη και αντικειμενική πληροφόρηση του γιατρού που καλείται να εξυπηρετήσει τον ασθενή και να διευκολύνει την αντικειμενική τεκμηρίωση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Κουτσοурής 2017).

3.3 Ψηφιακή διακυβέρνηση

Ο τομέας της ψηφιακής διακυβέρνησης είναι σημαντικός για την εξέλιξη μιας χώρας και το διέλευση σε νέα ψηφιακή εποχή, διότι μέσα από αυτόν καταστρώνονται και υλοποιούνται πολιτικές και δραστηριότητες για την υποστήριξη του ψηφιακού μετασχηματισμού. Εδώ εντάσσονται οι κινήσεις της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης (της ψηφιοποίησης δηλαδή του

Κράτους και της Δημόσιας Διοίκησης), καθώς και δράσεις με κοινωνικά οφέλη στην Ελλάδα, σχετικά με την τεχνητή νοημοσύνη, τα ανοικτά δεδομένα, την ψηφιακή οικονομία και προσβασιμότητα και τις ψηφιακές δεξιότητες. Μια από τις βασικές αρχές σχετίζεται με την βελτίωση υπηρεσιών των πολιτών, δίχως επιπλέον ταλαιπωρία και γραφειοκρατία και προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους (Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης).

Είχε παρατηρηθεί ότι στις προσπάθειες ψηφιοποίησης υπηρεσιών ένα από τα μεγαλύτερα κωλύματα ήταν η απλούστευση διαδικασιών ή η έλλειψη ανασχεδιασμού, με επακόλουθο να ψηφιοποιείται η γραφειοκρατία και να παράγονται χαοτικά ψηφιακά συστήματα. Για να γίνουν πιο απλές οι διαδικασίες, θα πρέπει να προηγηθεί η ανάλυση του υπάρχοντος πλαισίου ως προς τις διαδικασίες που πηγάζουν από το αντίστοιχο θεσμικό πλαίσιο. Έτσι οι διαδικασίες αυτές ανασχεδιάζονται με βάση κυρίως: α) την εξυπηρέτηση του πολίτη, β) την ενσωμάτωση της διαδικασίας σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο με το οποίο αντιμετωπίζεται απολύτως ένα περιστατικό ζωής και γ) την κατάργηση των έντυπων βεβαιώσεων και εγγράφων. Για να απλοποιηθεί μια διαδικασία πιθανόν να απαιτείται μεταρρύθμιση του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου για προσαρμογή στη διαδικασία. Επιπλέον θα απαιτηθεί τροποποίηση σε σειρά από υφιστάμενα πληροφοριακά συστήματα και πιθανόν δημιουργία νέων, αλλά ιδιαιτέρως χρήση διαλειτουργικότητας μεταξύ των εμπλεκόμενων συστημάτων (Πίπης et al, 2020).

3.3.1 Βίβλος ψηφιακού μετασχηματισμού

«Η Βίβλος Ψηφιακού Μετασχηματισμού 2020 -2025 αποτελεί μια καταγραφή των απαραίτητων παρεμβάσεων στις τεχνολογικές υποδομές του κράτους, στην εκπαίδευση και κατάρτιση του πληθυσμού για την απόκτηση ψηφιακών δεξιοτήτων καθώς και στον τρόπο που η χώρα μας αξιοποιεί την ψηφιακή τεχνολογία σε όλους τους τομείς της οικονομίας και της δημόσιας διοίκησης. Ο κύριος ρόλος της είναι να περιγράψει το όραμα, τη φιλοσοφία και τους στόχους της εθνικής στρατηγικής για τον ψηφιακό μετασχηματισμό της χώρας. Περαιτέρω, περιγράφει περισσότερα από 400 συγκεκριμένα έργα, ταξινομημένα σε βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα, σε οριζόντια και σε τομεακά, τα οποία υλοποιούν τη στρατηγική για την Ψηφιακή Ελλάδα.» (Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, 2020)

«Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες αρχές το μοντέλο υλοποίησης και διοίκησης κατοχυρώνει τη συμμετοχικότητα των πολιτών και επιχειρήσεων, τόσο στη συλλογή ιδεών και την αυξημένη διαβούλευση όσο και στο σχεδιασμό, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση νέων καθώς και υφιστάμενων υπηρεσιών. Επίσης ο σχεδιασμός της ΒΨΜ προωθεί επίσης, την υιοθέτηση ανοικτών προτύπων και λύσεων για την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων, τη διασφάλιση παροχής ανοικτών δεδομένων και τη δημιουργία διεπαφών για χρήση τόσο από το δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, η ΒΨΜ προάγει την υιοθέτηση σύγχρονων, ευέλικτων και αποδοτικών διαδικασιών ανάπτυξης εφαρμογών και συστημάτων (agile). Παράλληλα, εστιάζει στη μέγιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων δεδομένων του Δημόσιου Τομέα και τη διαμόρφωση της κατάλληλης κουλτούρας διαμοιρασμού δεδομένων και επαναχρησιμοποίησης πόρων.» (Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, 2020)

3.3.2 GOV.GR

Το GOV.GR είναι η νέα ενιαία ψηφιακή πύλη της δημόσιας διοίκησης για τους πολίτες και τις επιχειρήσεις όπου μπορούν να βρουν τις ψηφιακές υπηρεσίες που θέλουν εύκολα, ασφαλή και γρήγορα, βάσει γεγονότων ζωής. Ενώνει τη φιλοσοφία και τον τρόπο σκέψης των διαδικασιών των υπηρεσιών, ώστε το κράτος να αποκτήσει ενιαίο και πιο φιλικό πρόσωπο προς τον πολίτη.

Σύμφωνα με την ΒΨΜ είναι το GOV.GR είναι το κεντρικό σημείο εισόδου και αναφοράς των ενδιαφερόμενων για πληροφορίες ή υπηρεσίες της Δημόσιας Διοίκησης. Λειτουργεί σαν «front – desk» των δημόσιων ηλεκτρονικών υπηρεσιών και των συστημάτων αλλά υπό την ευθύνη και την εποπτεία του κάθε φορέα με πολιτο-κεντρική προσέγγιση. Πρωταρχικό στόχο αποτελεί ο πολίτης μέσα από 3 clicks να μπορεί να βρει την υπηρεσία που επιθυμεί (Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, 2020).

Συγκεκριμένα, η πύλη gov.gr δεν είναι μόνο μια πλατφόρμα ενός υπουργείου, είναι αποτέλεσμα προσπαθειών εκσυγχρονισμού της δημόσιας διοίκησης προς τους πολίτες, διότι επικαιροποιείται και συμπληρώνεται με νέα στοιχεία και υπηρεσίες μέσω ενός συνεργασίας των δημόσιων υπηρεσιών. Κάθε πολίτης μπορεί να προτείνει τον σχεδιασμό νέων υπηρεσιών όπως επίσης να υποβάλλει παρατηρήσεις που αφορούν με τις ήδη υφιστάμενες υπηρεσίες

(π.χ. φοροελαφρύνσεις, έκτακτες συνθήκες πανδημίας, έκτακτα βοηθήματα) (Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, 2020).

Με βάση τις κύριες κατευθυντήριες αρχές της ΒΨΜ για τις διευκολύνσεις και τις απλοποιήσεις που δίνονται μέσω διαλειτουργικότητας, στο επόμενο κεφάλαιο θα προταθεί ένας σχεδιασμός υπηρεσιών για εργαζόμενους που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν την πρόθεση και την διάθεση του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης, των εμπλεκόμενων φορέων για συνεργασία, υλοποίηση και κατανόηση, μέσα από τον σχηματισμό υποστηρικτικών καναλιών και απλούστευσης διαδικασιών.

Κεφάλαιο 4

Σχεδιασμός υπηρεσιών διαλειτουργικότητας

4.1 Ανάγκες και περιορισμοί στην εύρεση πληροφοριών για ασθενείς με καρκίνο

Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι η πανδημία COVID-19 ανάγκασε τα κράτη να προβούν σε αλλαγές και να επανεξετάσουν τα συστήματα υγείας, σε θέματα υπηρεσιών (π.χ. άυλη συνταγογράφηση), υποδομών (π.χ. δημιουργία κλινών ΜΕΘ) και ανθρώπινου δυναμικού. Εξαιτίας των αναγκών που δημιουργήθηκαν στους τομείς υγείας και εργασίας, σημειώθηκαν προσαρμογές σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα και δόθηκαν λύσεις μέσω ηλεκτρονικών υπηρεσιών. Επιπλέον, λόγω των επακόλουθων αποκλεισμών (lockdown) και περιορισμών, μεγάλωσε η ανάγκη για άμεση και αποτελεσματική πληροφόρηση μέσω διαδικτύου από έγκυρες πηγές, ειδικά για θέματα εργασίας.

Από πάντα υπήρχε η ζήτηση για επιπλέον πληροφόρηση και η πολυπλοκότητα εύρεσης έγκυρης ενημέρωσης για εργαζόμενους ασθενείς που μόλις έχουν λάβει τη διάγνωση τους, θα πρέπει να ωθήσει το κράτος σε δραστική διαμόρφωση του πλαισίου της διασύνδεσης και να υποστηρίξει τις όλο και αυξανόμενες ανάγκες παροχής πληροφόρησης. Οι πληροφορίες αυτές ενδείκνυται να δοθούν άμεσα, με την κατάλληλη μορφή, την απαιτούμενη πληρότητα και

συσχέτιση με τα προβλήματα ή τις δυσκολίες που έχουν να αντιμετωπίσουν, σχετικά με την εργασία τους και πόσο μάλλον την επιβίωσή τους.

Σήμερα, αρκετές από τις πληροφορίες και υπηρεσίες των ασφαλιστικών φορέων, παρέχονται ηλεκτρονικά/ψηφιακά από τους διακριτούς ιστοτόπους τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, το πλήθος αυτών να είναι κατακερματισμένο και παρόλο που αρκετές υπηρεσίες παρέχονται με αρτιότητα, είναι άγνωστες στους πολίτες ή/ και δύσκολα να τις βρουν. Οι υπηρεσίες που παρέχονται, έχουν διαφορετικό τρόπο λειτουργίας, παρουσίασης και λειτουργικότητας η καθεμία, ανάλογα με τον φορέα, όπως επίσης, δεν διασφαλίζουν την ομοιομορφία που χρειάζεται ο πολίτης. Επιπροσθέτως, ισχύουν διάφορες μέθοδοι αυθεντικοποίησης και πρέπει συνήθως να γίνει επανάληψη της πληροφορίας (Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, 2020).

Αναφορικά με την κατανόηση της πληροφόρησης από τον ασθενή, επειδή ορισμένες φορές ξεχνά και δεν συγκρατεί πληροφορίες προφορικά (Στεφανίδου & Γερογιάννη, 2012), από φορείς και υπηρεσίες που θα χρειαστεί να επισκεφτεί για να ενημερωθεί και να προσκομίσει τα απαραίτητα δικαιολογητικά, η διαδικτυακή ενημέρωση βλέπουμε ότι πλεονεκτεί σε σχέση με τις υπόλοιπες (προφορική, τηλεφωνική, με αυτοπρόσωπη παρουσία). Ακόμα, σε περίπτωση που δεν έχει στο ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον, συγγενή ή φροντιστή να αναλάβει τις διαδικασίες για τη χορήγηση παροχών, η διαδικασία μέσω ηλεκτρονικών μέσων θα τον διευκολύνει ιδιαίτερα. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι όσοι ασθενείς εργάζονται στο δημόσιο τομέα, λόγω του ότι στις υπηρεσίες τους υπάρχουν τμήματα προσωπικού, παρατηρείται ότι δύναται να βρουν ευκολότερα πληροφορίες, από ότι οι αυτοαπασχολούμενοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι.

4.2 Ευκαιρίες και στόχοι επίλυσης ζητημάτων σχετικά με την πληροφόρηση και την απλοποίηση διασύνδεσης διαδικασιών

Στις μέρες μας βρίσκουμε πολλές δράσεις στον τομέα της υγείας, που δημιουργήθηκαν με ιδιαίτερη ευκολία λόγω της πανδημίας COVID-19 και είναι μία ευκαιρία να επεκταθεί αυτή ευκολία και σε άλλες υπηρεσίες για τους τομείς υγείας και εργασίας, μέσω της διαλειτουργικότητας πληροφοριακών συστημάτων. Εφαρμογές όπως, η άυλη συνταγογράφηση και η ενημέρωση μέσω SMS για ραντεβού εμβολιασμού κατά του COVID-

19, μπορούν να υιοθετηθούν από τους τομείς κοινωνικής ασφάλισης, ώστε να αναπτυχθούν διευκολύνσεις για παροχές και για στήριξη πληροφόρησης σε εργασιακά θέματα ασθενών με καρκίνο.

Επιπροσθέτως παρατηρείται ότι, τα τελευταία έτη γίνεται μια δυνατή προσπάθεια διασύνδεσης ηλεκτρονικών υπηρεσιών στους τομείς υγείας. Ωστόσο μέσα από σχετική μελέτη στις ιστοσελίδες των φορέων ή ακόμη και από τον ιστότοπο GOV.GR, ακολουθώντας τις κατηγορίες «Εργασία και ασφάλιση» και «Υγεία και πρόνοια» εντοπίζονται αρκετά ζητήματα. Υπάρχουν πολλές ιστοσελίδες όπου ο πολίτης θα πρέπει να προσπελάσει, για να βρει κάτι για το οποίο τον ενδιαφέρει, πράγμα που δυσκολεύει σημαντικά την εξυπηρέτηση του πολίτη. Επίσης, δεν ακολουθείται ενιαίος τρόπος ταυτοποίησης σε διαθέσιμες εφαρμογές. Ορισμένες εφαρμογές χρησιμοποιούν το OAuth της ΑΑΔΕ, κάποιες το OAuth2 της Γενικής Γραμματείας Πληροφοριακών Συστημάτων, άλλες έχουν δικά τους credentials και κάποιες συνδυάζουν το ΑΦΜ (μέσω του OAuth) και στη συνέχεια ζητούν το ΑΜΚΑ ή κάποιο άλλο αναγνωριστικό. Ακόμα, αρκετές από τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες απλά ηλεκτρονικοποιούν μία έντυπη αίτηση, ώστε αυτή να προσκομιστεί στην αρμόδια υπηρεσία. Στη συνέχεια ζητούν από τους πολίτες, είτε να επισυνάψουν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά σε ηλεκτρονική μορφή (σαρωμένα), είτε να τα προσκομίσουν αυτοπροσώπως στην αρμόδια υπηρεσία. Επίσης, σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος είχε ασφαλιστεί σε περισσότερα από ένα ταμεία και επιθυμεί να ενημερωθεί ολοκληρωμένα για το ασφαλιστικό προφίλ του, λόγω αδυναμίας πλήρους ενοποίησης των δεδομένων των ασφαλιστικών ταμείων, διαπιστώνει ότι αυτό δεν είναι εφικτό (Πίπης et al, 2020). Τα παραπάνω ζητήματα μαζί με τις προαναφερόμενες δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος ασθενής με καρκίνο, οδήγησαν στην ιδέα για τον σχεδιασμό υπηρεσιών υποστήριξης της υγείας και φροντίδας του, σε ευρύτερο εργασιακό και κοινωνικό πλαίσιο.

Εν ολίγοις, οι στόχοι των υπηρεσιών είναι:

- να συλλεχθούν τα δεδομένα που υπάρχουν κατακερματισμένα σε σελίδες φορέων, να αξιολογηθούν και να τροφοδοτήσουν μια κεντρική πύλη/πλατφόρμα ενημέρωσης με επίκαιρες, πλήρεις πληροφορίες και σαφείς καθοδηγήσεις, για θέματα που αφορούν την ασθένεια και τις απαραίτητες διαδικασίες για την χορήγηση παροχών,

- να απλοποιηθούν οι διαδικασίες διασύνδεσης μέσω της απαιτούμενης αυθεντικοποίησης μεταξύ θεραπόντων ιατρού, εργοδότη, ασφαλιστικού φορέα και εργαζομένου,
- να αποστέλλεται αυτόματα η πληροφορία στον εργαζόμενο ασθενή, δίχως να απαιτείται από τον ίδιο η αναζήτηση και η προσπέλαση ιστοσελίδων φορέων και υπηρεσιών ή η αυτοπρόσωπη παρουσία στα γραφεία τους για ενημέρωση,
- να επεκταθούν οι ψηφιακές υπηρεσίες και διευκολύνσεις που παρέχονται στους ασφαλισμένους του τ.ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, σε όλους τους ασφαλισμένους,

χρησιμοποιώντας φυσικά ενιαίο τρόπο ταυτοποίησης για όλους και διασφαλίζοντας την προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών με καρκίνο.

Θα είναι ιδιαίτερα βοηθητικό και ανακουφιστικό, να αντιληφθούν οι εργαζόμενοι ασθενείς με καρκίνο ανεξαρτήτως τύπου εργασίας, ότι μπορούν να έχουν πρόσβαση στην πληροφορία και στην ενημέρωση εύκολα και δίχως ταλαιπωρία.

«Χρειαζόμαστε καλύτερη διαλειτουργικότητα ασθενών μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων υγείας και της ανάλυσης μεγάλων δεδομένων, ώστε να δημιουργηθεί ένας συνεχής κύκλος βελτίωσης, να καταστεί πιο αποτελεσματική η φροντίδα και να υποστηριχτεί η καινοτομία σε επίπεδο τεχνολογίας και υπηρεσιών.» (All.Can, 2018).

4.3 Υπηρεσίες διασύνδεσης και ενημέρωσης

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των προαναφερόμενων στόχων των υπηρεσιών, προσεγγίζει τις αρχές της ΒΨΜ. Βασιζόμενες στις αρχές της ΒΨΜ, οι κατευθύνσεις που μπορούν να υιοθετηθούν και να υποστηρίξουν δράσεις για τις σχεδιαζόμενες υπηρεσίες είναι:

- *«Υπηρεσίες ψηφιακές εξ' ορισμού»:* ώστε ο πολίτης να περιορίσει την προσκόμιση εγγράφων, τα οποία παράγονται από πληροφοριακά συστήματα φορέων του δημοσίου (ΒΨΜ, 2020). Όπως για παράδειγμα οι γνωματεύσεις ιατρών, οι οποίες εκδίδονται σε μικρό ποσοστό ψηφιακά⁸, μόνο για τους ασφαλισμένους του τ.ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και

⁸ Κατά βάση οι γνωματεύσεις των ιατρών δίνονται σε έγχαρτη μορφή. Η χορήγηση ηλεκτρονικής γνωμάτευσης αναρρωτικής άδειας περιορίζεται εξαιτίας: α) της μη ενοποίησης των στοιχείων των όλων ασφαλιστικών φορέων, αλλά μόνο για τους ασφαλισμένους του τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, όπως επίσης β) της μη άμεσης ενημέρωσής τους για την πρόσφατη ψηφιακή υπηρεσία και λόγω ελλείψεως χρόνου (να σημειωθεί ότι η β) προκύπτει μετά από προφορική επικοινωνία με κάποιους θεράποντες ιατρούς με ειδικευση στην αντιμετώπιση νεοπλασιών).

αντίστοιχα οι βεβαιώσεις εργοδοτών. Βασιζόμενοι στην παραπάνω αρχή, περιορίζεται η μετακίνηση του ασθενή στον ασφαλιστικό του φορέα.

- *«Εξ ορισμού διαλειτουργικός χαρακτήρας: ο σχεδιασμός αλληλένδετων, πολιτοκεντρικών υπηρεσιών, προϋποθέτει την έγκριση πολιτικών διαλειτουργικότητας, ώστε να διασφαλίζεται η αδιάλειπτη πραγματοποίηση των εργασιών τους και να καταργούνται υφιστάμενα οργανωτικά «σιλό»»* (ΒΨΜ, 2020). Δηλαδή να υπάρχει η δυνατότητα να ενημερωθεί ένας εργαζόμενος αμέσως μόλις διαγνωστεί με καρκίνο, για το τι δικαιούται, δίχως να απαιτείται η προσπέλαση σε αρκετούς ιστοτόπους φορέων. Γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση, έχοντας παράλληλα να αντιμετωπίσει και τις επιπτώσεις σωματικού και ψυχολογικού χαρακτήρα.
- *«Διακαναλικές ψηφιακές υπηρεσίες με προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση, μέσω νέων κινητών «έξυπνων» συσκευών»:* Ανεξάρτητα τη συσκευή που μπορεί να χρησιμοποιούν οι πολίτες, θα πρέπει να παρέχεται απρόσκοπτα η πληροφορία μέσω δημόσιων ψηφιακών υπηρεσιών (ΒΨΜ, 2020). Με αυτόν τον τρόπο θα μπορεί να λάβει την ενημέρωση μέσω sms και να προσπελάσει τις ιστοσελίδες των φορέων που απαιτείται με εύχρηστο τρόπο.
- *«Απλούστευση Διαδικασιών»:* μέχρι σήμερα, οι δράσεις απλούστευσης διαδικασιών σε διάφορους φορείς ήταν αποσπασματικές, διάσπαρτες και είχαν μεικτά αποτελέσματα, κυρίως γιατί βασίζονταν σε ad hoc έργα απλούστευσης (ΒΨΜ, 2020). Οι διαδικασίες να παρέχονται κυρίως από τον e-ΕΦΚΑ.
- *«Κατάργηση των αποκλεισμών και καθολική προσβασιμότητα»:* οι επαναπροσδιοριζόμενες ψηφιακές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι προσιτές από όλο τον κόσμο και όχι μόνο από ψηφιακά εξοικειωμένα άτομα. Ενδείκνυται να ικανοποιούν τις ανάγκες ευπαθών ομάδων, ηλικιωμένων, ατόμων με αναπηρία καθώς και ατόμων που δεν μιλούν ελληνικά. Θα πρέπει να υποστηρίζει δίγλωσση πρόσβαση (ΒΨΜ, 2020). Υπολογίζονται ότι είναι αρκετοί οι ασθενείς με καρκίνο, που βρίσκονται και εργάζονται στην Ελλάδα, αλλά δεν μιλούν την ελληνική γλώσσα. Επομένως αποτελεί εξαιρετικής σημασίας, να λάβει κάποιος πληροφορίες μεταφρασμένες στην αγγλική γλώσσα, ή έστω να υπάρχει δυνατότητα μέσω συστημάτων αυτόματης μετάφρασης, ώστε να κατανοήσει χρήσιμους όρους, στην γλώσσα που καταλαβαίνει.
- *«Υιοθέτηση ανοικτών και συμμετοχικών διαδικασιών για τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση και τον σχεδιασμό ψηφιακών υπηρεσιών: η αξιολόγηση των υφιστάμενων ψηφιακών υπηρεσιών και ο σχεδιασμός κάθε νέας απλουστευμένης ψηφιακής*

υπηρεσίας, θα πρέπει να γίνονται μέσα από συνεργατικές διαδικασίες συνδιαμόρφωσης με όλα τα εμπλεκόμενα και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη, με στόχο το σχεδιασμό ψηφιακών δημόσιων υπηρεσιών που θα ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες και απαιτήσεις των ωφελούμενων πολιτών και των επιχειρήσεων» (ΒΨΜ, 2020). Για να υλοποιηθούν οι διαδικασίες διασύνδεσης, απαιτείται η συνέργεια και η συμβολή όλων των ενδιαφερόμενων φορέων. Δηλαδή:

- όσων έχουν την ιδιοκτησία και την κυριότητα των πληροφοριών (π.χ. ασφαλιστικοί φορείς, υπουργεία).
- Αρμόδιων οργανώσεων και συλλογών ασθενών, επαγγελματιών υγείας στους τομείς των νεοπλασιών, το ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.⁹, κα., με βασικές δράσεις: τη συλλογή, καταγραφή και απλοποίηση των πληροφοριών από πηγές, ώστε να αποδοθούν κατανοητά στους ασθενείς.
- Φορέων που ασχολούνται με τη σχεδίαση απλοποίησης και διαλειτουργικότητας των διαδικασιών, μέσω των πληροφοριακών συστημάτων όπως η ΗΔΙΚΑ και ο e-ΕΦΚΑ.

Επίσης οι προηγούμενοι φορείς μαζί με οργανισμούς πληροφορικής, ενδείκνυται να αναλάβουν την λειτουργικότητα, την υποστήριξη, την βιωσιμότητα της πλατφόρμας διασύνδεσης καθώς και την εξυπηρέτηση των χρηστών.

Και φυσικά σύμφωνα με την ΒΨΜ, θα πρέπει να οριστούν ομάδες νομικών για τις παραπάνω υπηρεσίες, ώστε να εξεταστούν θεμάτα νομοθεσίας περί ασφάλειας, προστασίας προσωπικών δεδομένων και βιοηθικής.

4.3.1 Διασύνδεση πληροφοριών εργασιακών δικαιωμάτων

Η πλατφόρμα υπηρεσιών διασύνδεσης πληροφοριών, σχετικά με τα εργασιακά δικαιώματα θα έχει την παρακάτω εικόνα και θα ακολουθεί συγκεκριμένη ροή ενεργειών:

1. Αρχικά, **θα γίνεται η συσχέτιση των στοιχείων του ασθενή με την διάγνωση**: Για παράδειγμα, ο εργαζόμενος πραγματοποιεί διαγνωστικές εξετάσεις, σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού και τον επισκέπτεται ώστε να ενημερωθεί για την πορεία της

⁹ Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής & Ασφάλειας της Εργασίας

κατάστασης της υγείας του. Αφού ο γιατρός έχει διαγνώσει την ασθένεια, του παρέχει πληροφορίες σχετικά με την νόσο, τις θεραπευτικές επιλογές, τις επιπτώσεις και την αποκατάσταση που μπορεί να έχει. Κατά την επίσκεψη του ασθενή στον ιατρό, στο σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ ανακαλούνται στοιχεία, όπως το ΑΜΚΑ και καταχωρείται η διάγνωση κατά ICD-10. Σε αυτό το σημείο γίνεται μια πρώτη τροφοδότηση με δεδομένα, περί διάγνωσης καρκίνου βάσει συγκεκριμένων κωδικοποιήσεων ICD C00 - D48 που αφορούν τα νεοπλάσματα (Γαληνός). Επομένως, πλέον στο πληροφοριακό σύστημα της ΗΔΙΚΑ, υπάρχει καθορισμένη πληροφορία ότι ο εργαζόμενος με το συγκεκριμένο ΑΜΚΑ, έχει λάβει τη διάγνωση καρκίνου και γίνεται η πρώτη σύνδεση. Εδώ προτείνεται **ο γιατρός να συστήνει τους ασθενείς να κάνουν εγγραφή στην εφαρμογή της Άυλης Συνταγογράφησης** (οι λόγοι για την εγγραφή θα παρατεθούν παρακάτω).

2. Στη συνέχεια προχωράμε στη **διαδικασία ελέγχου για το εάν ο ασθενής είναι εργαζόμενος ή όχι**, όπου εδώ απαιτείται η αναγκαιότητα διαλειτουργικότητας μεταξύ φορέων. Για το εάν είναι μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, η πληροφορία για το συγκεκριμένο ΑΜΚΑ του ασθενή θα πρέπει να διασυνδεθεί με τον e-ΕΦΚΑ, ώστε να πιστοποιήσει το ασφαλιστικό του προφίλ (να σημειωθεί ότι κρίνεται απαραίτητη η άμεση υλοποίηση της ενοποίησης των στοιχείων όλων των ασφαλιστικών φορέων των μισθωτών και μη, στον e-ΕΦΚΑ). Στο σημείο αυτό κομβική και βοηθητική θα αποτελέσει και η διασύνδεση με το πληροφοριακό σύστημα ΕΡΓΑΝΗ¹⁰ για επιβεβαίωση στοιχείων. Εάν από την άλλη είναι δημόσιος υπάλληλος, θα πρέπει να γίνει διασύνδεση με τον αρμόδιο φορέα όπως το Μητρώο Ανθρώπινου Δυναμικού του Ελληνικού Δημοσίου (ΑΠΟΓΡΑΦΗ) και λοιπούς δημόσιους φορείς που διατηρούν τα μητρώα των υπαλλήλων τους (π.χ. ένοπλες δυνάμεις, κλπ).
3. Αφού γίνει η πιστοποίηση ότι είναι εργαζόμενος και έχει πραγματοποιήσει εγγραφή στην άυλη συνταγογράφηση, **θα λαμβάνει ένα γραπτό μήνυμα - sms από το Υπουργείο Υγείας** στο οποίο θα αναγράφονται, ενδεικτικά, οι παρακάτω πληροφορίες π.χ. *«Βρείτε περισσότερες πληροφορίες για τα εργασιακά σας δικαιώματα στο www.daak.gr. Εάν δεν επιθυμείτε να λάβετε πλέον πληροφορίες, στείλτε KENO στο 99999»*. Με αυτό τον τρόπο

¹⁰ Το σύστημα ΕΡΓΑΝΗ είναι ένα πληροφοριακό σύστημα που καταγράφει τα δεδομένα της εργασίας στον ιδιωτικό τομέα και η σύνδεση σε αυτό γίνεται με κωδικούς TAXISNET, ΟΠΣ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΕΡΓΑΝΗ.

θα έχει την δυνατότητα να προσπελάσει πληροφορίες σχετικές με χορήγηση παροχών (άδειες, επιδόματα, κλπ) και σε περίπτωση που δεν επιθυμεί να λάβει επιπλέον στοιχεία, θα υπάρχει η επιλογή για ακύρωση ενημέρωσης.

Η αποστολή sms από έγκυρους φορείς υγείας, συμβάλλει στην αύξηση επίγνωσης της κατάστασής του (WHO, 2011). Για να έχει ανταπόκριση στην πληροφορία ο ασθενής, η ημερομηνία αποστολής, το περιεχόμενο του κειμένου του sms και άλλοι παράμετροι, θα προσδιοριστεί από την ομάδα επαγγελματιών υγείας και σχετικούς εμπλεκόμενους φορείς. Την ενημέρωση αυτή, θα μπορεί να την λάβει επίσης και στο email που θα έχει ορίσει, κατά την εγγραφή του στην εφαρμογή της Άυλης Συνταγογράφησης.

Η ωφελιμότητα της αποστολής ενημερωτικού sms αποδείχτηκε πρόσφατα, όταν πολίτες που είχαν ενεργοποιήσει την εφαρμογή της Άυλης συνταγογράφησης, ενημερώθηκαν άμεσα για το ραντεβού τους για τον εμβολιασμό κατά COVID-19, ανάλογα με το εάν ανήκουν σε ευπαθή ομάδα ή σύμφωνα με την ηλικία τους ομάδα. Οι εφαρμογές των πληροφοριακών συστημάτων του Εθνικού Μητρώου ΑΜΚΑ και της ΗΔΙΚΑ, λειτούργησαν άψογα όσον αφορά τον κωδικό διάγνωσης κατά ICD-10 (για ενημέρωση ευπαθών ομάδων), διαβιβάστηκαν τα κατάλληλα στοιχεία μέσω του πλαισίου διαλειτουργικότητας πληροφοριακών συστημάτων στον ιστότοπο <https://emvolio.gov.gr/> και εστάλησαν την κατάλληλη στιγμή τα γραπτά μηνύματα αυτομάτως.

Επιπροσθέτως, μέσω της υλοποίησης της σχεδιασμένης άνω υπηρεσίας, θα μπορούν να συλλεχθούν στοιχεία και δεδομένα ανώνυμα, σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, ώστε να γίνει μία πρώτη καταγραφή του πλήθους των ασθενών και να βοηθήσει σαν μία μορφή ηλεκτρονικού μητρώου νεοπλασιών εργαζόμενων. Να σημειωθεί ότι, Εθνικό Μητρώο Ασθενών COVID-19 θεσμοθετήθηκε και λειτούργησε πάρα πολύ άμεσα, παρόλα αυτά το Εθνικό Μητρώο Νεοπλασιών ΕΙΝΕ δεν έχει ξεκινήσει ακόμη την λειτουργία του και πιθανόν μια τέτοια διαδικασία να βοηθήσει εν μέρει.

Αναφορικά με την ενημέρωση που θα προσπελάσει ο εργαζόμενος:

- ✓ Είναι απαραίτητο να υπάρχουν σαφείς και περιεκτικές πληροφορίες σχετικά με τις αναρρωτικές άδειες, το ωράριο εργασίας, τυχόν ρυθμίσεις για ευέλικτες μορφές και

συνθήκες εργασίας, επιδόματα, όπως προβλέπεται μέσα από τις θεσμοθετημένες διατάξεις. Στο κεφάλαιο 2 βρίσκεται ένα μέρος πληροφοριών για τα παραπάνω θέματα. Το πλήθος όμως των παραπομπών που συναντάται σήμερα, σε διατάξεις και νομοθεσίες, δυστυχώς δεν καθιστούν ευανάγνωστη και ευχάριστη την εύρεση πληροφορίας, επομένως καθίσταται αδύνατο για έναν ασθενή να κατανοήσει σε τέτοια μορφή, ασφαλιστικά και εργασιακά θέματα ασφαλιστικά όπως και θέματα παροχών.

- ✓ Αρμόδιοι για την ομαδοποίηση των διατάξεων και την δημιουργία σαφών πληροφοριών και παραδειγμάτων, είναι τα υπουργεία και οι ασφαλιστικοί φορείς, σε συνεργασία με οργανώσεις και συλλόγους ασθενών, οι οποίοι γνωρίζουν τους περιορισμούς και τα εμπόδια που προκύπτουν. Μέσα από συνεργατικές μεθόδους, μπορούν να διαμορφώσουν έναν πλήρη και χρήσιμο οδηγό για τα εργασιακά δικαιώματα και τις παροχές. Οι πληροφορίες αυτές είναι σημαντικό να δοθούν στον εργαζόμενο ασθενή, όσο το δυνατόν γρηγορότερα αφού διαγνωστεί με καρκίνο.
- ✓ Ακόμη είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να υπάρχει σε αυτήν πλατφόρμα μενού «Συχνών Ερωτήσεων και Απαντήσεων», στο οποίο θα διευκρινίζονται με σαφή τρόπο απορίες, π.χ. πώς μπορώ να έχω πρόσβαση στα ατομικά στοιχεία ασφάλισής μου; Μια επιπλέον υπηρεσία είναι η δημιουργία μηχανισμών υποβολής σχολίων, συστάσεων ή παραπόνων, οι οποίοι θα παρέχονται ηλεκτρονικά σε περίπτωση που κάποιος ασθενής θέλει να απευθυνθεί, εάν διαπιστώσει κάποια παραβίαση των εργασιακών του δικαιωμάτων. Για την διαχείριση αυτών των υπηρεσιών, απαιτείται η ανάπτυξη ομάδων με νομικό αντικείμενο όπως επίσης και ομάδων υποστήριξης χρηστών πληροφοριακών συστημάτων.

Τέλος, αναφορικά με ασθενείς που δεν μιλούν την ελληνική γλώσσα, θα ήταν αρκετά ιδανική η μετάφραση των ιστοσελίδων, μέσω εργαλείων μετάφρασης στην γλώσσα που καταλαβαίνουν. Παρόλα αυτά δεν παύει να είναι σημαντική η πρόβλεψη δωρεάν παροχής διαμεσολαβητών, ώστε να βοηθούν τους ασθενείς, στην κατανόηση πληροφοριών όπως και στην συμπλήρωση δικαιολογητικών, για την ορθή συμπλήρωση και προσκόμιση αυτών σε ασφαλιστικούς φορείς.

4.3.2 Διασύνδεση λοιπών πληροφοριών

Η πλατφόρμα αυτή εκτός από ενημέρωση περί εργασιακών δικαιωμάτων, θα μπορεί να παρέχει επιπλέον ενημερώσεις για θέματα όσον αφορά την ασθένεια και χρήσιμες συμβουλές και συστάσεις που θα αφορούν τους εργοδότες. Για παράδειγμα:

- ✓ Θα ήταν βοηθητικό να παρατίθενται πληροφορίες για θέματα που αφορούν την ασθένεια, από επιστημονικές ιατρικές εταιρίες. Όπως για παράδειγμα ο Οδηγός επιβίωσης ασθενών με καρκίνο, ο οποίος δημιουργήθηκε από την Ευρωπαϊκή Οργάνωση Ογκολόγων (ESMO) και την Ευρωπαϊκή Συμμαχία Ασθενών με Καρκίνο (ECPC). Επίσης, έχουν σχεδιαστεί 18 οδηγοί για να βοηθούν τους ασθενείς, τους συγγενείς και τους φροντιστές τους να κατανοούν καλύτερα τη φύση των διαφόρων τύπων καρκίνου και να αξιολογούν τις βέλτιστες διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Οι οδηγοί έχουν μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα από την Ομάδα Νέων Ελλήνων Ογκολόγων, εκ μέρους της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ).
- ✓ Από την στιγμή που θα ενημερώνεται ο εργοδότης για την έγκριση αναρρωτικής άδειας μέσω ΕΦΚΑ ή και μέσω συστήματος ΕΡΓΑΝΗ, θα ήταν πρακτικό να λαμβάνει οδηγίες και συμβουλές για τον ίδιο και για τον εργαζόμενο του που έχει ασθενήσει, μέσω email, όπως για παράδειγμα το φυλλάδιο συμβουλών, που έχει δημιουργηθεί από τον EU-OSHA (βλ Εικόνες 4.1 και 4.2). Αρμόδιοι φορείς για την προσαρμογή ευρωπαϊκών πρακτικών και συμβουλών που ασχολούνται με την εργασία στην Ελλάδα, είναι τα εμπλεκόμενα υπουργεία, το ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. και οι σύλλογοι ασθενών. Σύμφωνα με όσα έχουν προαναφερθεί στο 2.8.2 είναι σημαντικό να ενημερώσει ο εργαζόμενος ασθενής τον εργοδότη του. Ασφαλώς και ο εργοδότης δεν γνωρίζει, τότε είναι ο κατάλληλος καιρός να πει σε έναν εργαζόμενο του τότε να γυρίσει πίσω στη δουλειά, όπως επίσης είναι δύσκολο και να γνωρίζει τι ενέργειες θα πρέπει να κάνει. Όταν βάσει εκτιμήσεων ένας στους δύο θα έχει στο ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον έναν ασθενή με καρκίνο τα της εργασίας, ενδείκνυται να γίνεται συζήτηση για αυτό.

Στάδιο 1: Κοινοποίηση

- ✓ Δείτε συμπτώματα και κατανόηση για την κατάσταση.
- ✓ Συζητήστε με τον/την εργαζόμενο(-η) σχετικά με τις προτιμήσεις του/της όσον αφορά την κοινοποίηση της σχετικής πληροφορίας.
- ✓ Συζητήστε με τον/την εργαζόμενο(-η) για τις επιθυμίες του/της όσον αφορά τη σχετική ενημέρωση (προς τους συναδέλφους/μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου(-ης)).
- ✓ Συζητήστε σχετικά με τα νομικά δικαιώματα και υποχρεώσεις τόσο του εργοδότη όσο και του/της εργαζόμενου(-ης) όσον αφορά την αναρρωτική άδεια.
- ✓ Συζητήστε σχετικά με το εάν ο/η εργαζόμενος(-η) θα μπορούσε να παραμείνει εργασιακά ενεργός(-ή) και σε ποιον βαθμό, όσον αφορά τον φόρτο εργασίας, τα καθήκοντα και την αναγκαία βοήθεια.
- ✓ Εάν ο/η εργαζόμενος(-η) δεν μπορεί να παραμείνει ενεργός(-ή), εξετάστε το χρονοδιάγραμμα αντικατάστασής του/της.

Μάθετε περισσότερα σχετικά με το πρόγραμμα του EU-OSHA «Αποκατάσταση και επιστροφή στην εργασία».

Συμβουλές προς τους εργοδότες σχετικά με την επιστροφή στην εργασία των εργαζόμενων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο

Αποστολή του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA) είναι να καταστήσει τους χώρους εργασίας στην Ευρώπη ασφαλέστερους, υγιεινότερους και πιο φιλικούς στους εργαζόμενους.

Ο Οργανισμός ερευνά, αναπτύσσει και διανέμει αδιάσπαστη, ισορροπημένη και αμερόληπτη πληροφόρηση σχετικά με την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία και διοργανώνει πανευρωπαϊκές εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, ιδρύθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση το 1994 και έχει την έδρα του στο Μπιλμπάο της Ισπανίας. Φέρνει σε επαφή εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, των κυβερνήσεων των κρατών μελών, των οργανώσεων εργοδοτών και εργαζόμενων, καθώς και κορυφαίους εμπειρογνομόνες από κάθε κράτος μέλος της ΕΕ και από άλλες χώρες.

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία
Santiago de Compostela 12, 48003 Μπιλμπάο, Ισπανία,
Τηλ. +34 944358400 | Φαξ +34 944358401
Email: information@osha.europa.eu | https://osha.europa.eu/el

© Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2018
Η απόδοση των πνευματικών δικαιωμάτων είναι ανεπιθύμητη ή παύει να ισχύει για τον σκοπό της επανέκδοσης, της μετάφρασης ή της διανομής σε κάποιο άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Φωτογραφία: iStockphoto.com / Francesco Ridolfi

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία

Η ασφάλεια και η υγεία στους χώρους εργασίας με εφορτά όλους. Όρθλη για πάντα προσωπικά. Θράλη για τις επιχειρήσεις.

Εικόνα 4.1. Φυλλάδιο με συμβουλές από τον OSHA – σελίδα 1^η

Πηγή: [<https://osha.europa.eu/el/publications/advice-employers-return-work-workers-cancer/view>]

Στάδιο 2: Περίοδος Θεραπευτικής αγωγής

- ✓ Παραμένετε σε επαφή με τον/την εργαζόμενο(-η) και αξιολογήστε τις ανάγκες τις προσδοκίες, τις δυνατότητες για εργασία και τα ενδιαφέροντά του/της.
- ✓ Συζητήστε τη δυνατότητα να διατηρεί ο/η εργαζόμενος(-η) την επικοινωνία με το τμήμα και τους συναδέλφους του/της, σύμφωνα με τις επιθυμίες του/της (στάδιο 1, σημείο 3).
- ✓ Συζητήστε τη δυνατότητα συμμετοχής του/της σε προγράμματα σωματικής άσκησης που απευθύνονται σε καρκινοπαθείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- ✓ Ενημερώστε τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους του/της εργαζόμενου(-ης) σχετικά με τον καρκίνο και την εργασία, καθώς και σχετικά με ζητήματα που αφορούν την επιστροφή στην εργασία, σύμφωνα με το στάδιο 1, σημεία 2 και 3.

Στάδιο 3: Προγραμματισμός και σχεδιασμός της επιστροφής στην εργασία

- ✓ Συνεργαστείτε με τον ιατρό εργασίας με σκοπό την αναζήτηση κατάλληλων επιλογών επιστροφής στην εργασία.
- ✓ Συζητήστε τα νομικά δικαιώματα και υποχρεώσεις τόσο του εργοδότη όσο και του/της εργαζόμενου(-ης).
- ✓ Ενημερώστε τον/την εργαζόμενο(-η) σχετικά με το πρόγραμμα επιστροφής στην εργασία που διαθέτει η επιχείρησή.
- ✓ Προσαρμόστε το εν λόγω πρόγραμμα στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του/της εργαζόμενου(-ης).
- ✓ Ένα πρόγραμμα που συνδυάζει φυσική άσκηση, ψυχολογική υποστήριξη και κατάλληλες εργασιακές προσαρμογές θα αποτελούσε προσιθέμενη αξία για τη βελτίωση της επιστροφής στην εργασία.
- ✓ Αναπτύξτε ένα σχέδιο επιστροφής στην εργασία από κοινού με τον προϊστάμενο, τον/την εργαζόμενο(-η) και τον ιατρό εργασίας.
- ✓ Συζητήστε με τον/την εργαζόμενο(-η) σχετικά με τις επιθυμίες του/της όσον αφορά τις παρεμβάσεις, τα προγράμματα αποκατάστασης, την επαγγελματική καθοδήγηση και τη συνδρομή εξωτερικών υπηρεσιών επιστροφής στην εργασία.

Στάδιο 4: Επιστροφή στην εργασία

- ✓ Η επιστροφή στην εργασία πρέπει να πραγματοποιείται σταδιακά σε στενή διαβούλευση με τον/την εργαζόμενο(-η).
- ✓ Σε περίπτωση σοβαρής μείωσης της εργασιακής ικανότητας, θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά εναλλακτικές ή εξωτερικές επιλογές επανένταξης, από κοινού με άλλους εμπλεκόμενους, συμπεριλαμβανομένου του ιατρού εργασίας, των κοινωνικών λειτουργών και του τμήματος διαχείρισης ανθρώπινων πόρων.
- ✓ Παρακολουθήστε και προσαρμόστε το σχέδιο επιστροφής στην εργασία αν απαιτείται.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ ΣΕ ΜΙΚΡΕΣ ΚΑΙ ΜΕΣΑΙΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

- ✓ Ενημερώστε τον/την εργαζόμενο(-η) σχετικά με πιθανά (εξωτερικά) προγράμματα επιστροφής στην εργασία.
- ✓ Προσφέρετε υποστήριξη και εκπαίδευση στους συναδέλφους και προϊστάμενους του/της εργαζόμενου(-ης) σύμφωνα με το στάδιο 1, σημεία 2 και 3.
- ✓ Επιδείξτε μεγαλύτερη ευελιξία στις απαιτήσεις της εργασίας.
- ✓ Ακολουθήστε το παράδειγμα άλλων επιχειρήσεων, οι οποίες διαθέτουν πιο ευέλικτες θέσεις εργασίας.

Εικόνα 4.2. Φυλλάδιο με συμβουλές από τον OSHA – σελίδα 2^η

Πηγή: [<https://osha.europa.eu/el/publications/advice-employers-return-work-workers-cancer/view>]

4.3.3 Διαλειτουργικότητα διαδικασιών χορήγησης παροχών

Γίνεται ολοένα και πιο εμφανής η αναγκαιότητα της αναβάθμισης παρεχόμενων ψηφιακών υπηρεσιών, στα πλαίσια διαλειτουργικότητας και ενοποίησης των ασφαλιστικών φορέων. Όπως έχει προαναφερθεί για τους ασφαλισμένους του τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ήδη εφαρμόζεται η χορήγηση αναρρωτικών αδειών ηλεκτρονικά, από το σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ. Παρόλα αυτά δεν έχει γίνει ευρέως γνωστή, η συγκεκριμένη εφαρμογή στην ιατρική κοινότητα και χρήζει άμεσης κοινοποίησης προς τους ίδιους. Οι περισσότεροι γιατροί χορηγούν σε έντυπη μορφή την γνωμάτευση. Επίσης για να την λάβει σε ηλεκτρονική μορφή ο εργαζόμενος, θα πρέπει να έχει ενεργοποιήσει την εφαρμογή της Άυλης Συνταγογράφησης.

Όσον αφορά την πλατφόρμα χορήγησης επιδόματος ασθενείας από την ιστοσελίδα του e-ΕΦΚΑ, η εφαρμογή της αφορά προς το παρόν τους ασφαλισμένους του τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (και μόνο για επιχειρήσεις, όχι για οικοδομοτεχνικά έργα). Η σύνδεση από τον ασθενή γίνεται κάνοντας χρήση των κωδικών TAXISNET και συμπληρώνοντας το ΑΦΜ και το ΑΜΚΑ του. Κατόπιν συνεχίζει την καταχώρηση των στοιχείων και σε περίπτωση που ο γιατρός έχει εκδώσει ηλεκτρονική γνωμάτευση, μπορεί να την ανακαλέσει μέσω συστήματος και να ολοκληρώσει τις διαδικασίες ηλεκτρονικά. Για παράδειγμα εάν κάποιος εργαζόμενος έχει ενεργοποιήσει την Άυλη Συνταγογράφηση για το ΑΜΚΑ του, έχει εκδοθεί από τον γιατρό ηλεκτρονικά η γνωμάτευση αναρρωτικής άδειας και έχει συμπληρώσει την αίτηση από το ηλεκτρονικό σύστημα του e-ΕΦΚΑ, θα έχει ολοκληρώσει όλες τις απαιτούμενες ενέργειες για χορήγηση παροχών, δίχως να ταλαιπωρηθεί για την προσκόμιση εγγράφων στον ασφαλιστικό του φορέα. Σε περίπτωση όμως που οι ασφαλισμένοι δεν ανήκουν στην συγκεκριμένη κατηγορία ασφαλισμένων θα πρέπει να απευθυνθούν στον ασφαλιστικό τους φορέα. Οι συγκεκριμένες ψηφιακές υπηρεσίες είναι ανάγκη να υιοθετηθούν και από τους υπόλοιπους ασφαλιστικούς φορείς, αλλά γνωρίζοντας ότι η ωριμότητα ψηφιακών υπηρεσιών των ασφαλιστικών φορέων δεν είναι η ίδια σε όλους, δυστυχώς δεν μπορούν να γίνουν οι κατάλληλες προσαρμογές ακόμη.

Επιπροσθέτως, θα ήταν διευκολυντικό να δημιουργηθούν βίντεο με τα βήματα που θα πρέπει να ακολουθήσουν οι ασφαλισμένοι, π.χ. για την καταχώρηση στοιχείων στην εφαρμογή αιτήσεως επιδόματος ασθενείας, ώστε να ολοκληρώσουν με επιτυχία την όλη διαδικασία.

Εξαιτίας της φύσης των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων που διακινούνται, ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί κατά την μελέτη της υπηρεσίας σε θέματα ασφάλειας και ιδιωτικότητας των προσωπικών ιατρικών δεδομένων. Ο πολίτης πρέπει να έχει πλήρη έλεγχο επί της πρόσβασης στα στοιχεία του, και η διάθεση της πληροφορίας να παρέχεται μετά την ρητή και έμπρακτη συγκατάθεση του (Πίπης et al, 2020).

4.4 Παράγοντες και φορείς που μπορούν να διευκολύνουν με παρεμβάσεις

Στο πλαίσιο αυτό, ο σχεδιασμός υπηρεσιών μπορεί να επιτευχθεί με την συμμετοχή και τη συνεργασία των βασικών φορέων που βρίσκονται υπό την ευθύνη τους οι πληροφορίες (υπουργεία, ΕΦΚΑ, ΗΔΙΚΑ, GOV.GR), όπως επίσης για τον έλεγχο ποιότητας της ενημέρωσης και την τελική επεξεργασία, ένα σύνολο φορέων που έχουν ως αντικείμενο επιστημονικά και θεσμικά, την δυνατότητα να τα επεξεργαστούν (ασφαλιστικά ταμεία, ΕΟΠΕ, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., ΕΛΛ.Ο.Κ.). Απαιτείται συνεργασία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Υγείας, Δικαιοσύνης, Ψηφιακής Διακυβέρνησης, Οικονομικών, Παιδείας και Εσωτερικών, της Γενικής Γραμματείας Πληροφοριακών Συστημάτων, της ΗΔΙΚΑ, των ασφαλιστικών ταμείων, της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου, του ΕΛΙΝΥΑΕ, των επιστημονικών ιατρικών εταιριών με αντικείμενο της νεοπλασίες, του Συνηγόρου του Πολίτη και των υπολοίπων εμπλεκόμενων φορέων (ΕΡΓΑΝΗ, GOV.GR κλπ), με αρμόδια άτομα από τον κάθε φορέα, για την αντιπροσώπευση και στελέχωσή της.

Κύριοι σκοποί αυτής της σύμπραξης θα είναι:

- ✓ η χάραξη πολιτικών για ενίσχυση και υποστήριξη της εργασίας για ασθενείς με καρκίνο και επιβιώσαντες,
- ✓ η παρακολούθηση της ισότητας και της ποιότητας υπηρεσιών σχετικά με την απασχόληση και η θεσμοθέτηση νέων προτάσεων όπου απαιτείται,

- ✓ η υιοθέτηση καλών πρακτικών από το εξωτερικό, λαμβάνοντας υπόψη τις ευρωπαϊκές συστάσεις και προσαρμόζοντάς τις, στις ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος υγείας και ασφάλισης,
- ✓ η από κοινού σύνταξη κατευθύνσεων και πληροφοριών σχετικά με τις διαδικασίες που αφορούν τις παροχές επιδομάτων και αδειών.

Για παράδειγμα η ΗΔΙΚΑ θα μπορεί να αναλάβει το τμήμα που αφορά τη διάθεση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και άλλων δεδομένων. Επίσης η Γενική Γραμματεία Πληροφοριακών Συστημάτων (ΓΓΠΣ) μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην απλοποίηση της διαδικασίας δίνοντας την απαραίτητη διασύνδεση και επικοινωνία στις παραπάνω υπηρεσίες. Μπορεί να αναλάβει το κομμάτι διαλειτουργικότητας από φορέα σε φορέα, μετριάζοντας την μετάδοση ευαίσθητων δεδομένων και δίνοντας βάση μόνο στην ενημέρωση.

Πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι, –αυτονόητα και λόγω της σημασίας της διαχείρισης αυτών των πληροφοριών– οι διαδικασίες αυτές είναι δημόσιου συμφέροντος και οφείλουν να βρίσκονται υπό τον πολιτικό έλεγχο της κεντρικής διοίκησης, δεδομένου ότι η κυριότητα της πληροφορίας διευκολύνει τον έλεγχο του υγειονομικού τομέα, αλλά ταυτοχρόνως θέτει ζητήματα βιοηθικής και προστασίας των προσωπικών δεδομένων (Κυριόπουλος, 2016).

Κεφάλαιο 5

Συμπεράσματα

5.1 Συμπεράσματα

Στην παρούσα διατριβή έγινε μια προσπάθεια ανάλυσης της σπουδαιότητας που έχει η απασχόληση σε ασθενείς με καρκίνο. Η αναγκαιότητα της άμεσης και έγκυρης πληροφόρησης περί εργασιακών δικαιωμάτων και παροχών, οδήγησε στην αξιοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων, μέσω σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας και δόθηκαν λύσεις μέσα από ιδέες διαλειτουργικότητας συστημάτων (e-ΕΦΚΑ, ΗΔΙΚΑ, ΕΡΓΑΝΗ, ΓΓΠΣ, GOV.GR). Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα της σημαντικότητας του ρόλου της διασύνδεσης διαδικασιών, προς εξυπηρέτηση των εργαζόμενων ασθενών.

Δεδομένου ότι, η αντιμετώπιση της ασθένειας και των θεραπειών κατά του καρκίνου περιορίζουν τις ικανότητες για εργασία, οι έρευνες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο, συνεχίζουν να δουλεύουν, παρά τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η παραμονή υπό προϋποθέσεις στην εργασία και η γρήγορη επιστροφή σε αυτήν, ωφελεί σε ψυχοκοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Αυτό όμως που διακρίνεται, είναι η ανάγκη συλλογής και καταγραφής των εμποδίων, διότι με αυτόν τρόπο θα συγκεντρωθούν σημαντικά στοιχεία από τις εμπειρίες ασθενών και θα καταγραφούν προβλήματα που υπάρχουν, σε εργασιακά θέματα τα οποία ξεκινούν από την

πρώτη αναζήτηση ενημέρωσης και φτάνουν έως και την διεκπεραίωση διαδικασιών για τη χορήγηση παροχών.

Όλα τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα τον σχεδιασμό υπηρεσιών ενημέρωσης, σχετικά με τα εργασιακά θέματα που θα χρειαστεί ένας εργαζόμενος ασθενής με καρκίνο και τις διαδικασίες τις οποίες θα πρέπει να διεκπεραιώσει. Τέλος, καταλήγουμε στο ότι για να υλοποιηθούν τέτοιες υπηρεσίες, απαιτείται σύμπραξη φορέων που θα καθορίσουν τις νομικές διατάξεις, θα υιοθετήσουν καλές πρακτικές και κατευθύνσεις από την Ε.Ε. και θα συνεργαστούν για την υλοποίηση των διαδικασιών.

5.2 Περιορισμοί

Η παρούσα διατριβή έχει κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι πρέπει να σημειωθούν. Η αναζήτηση των εργασιακών δικαιωμάτων στην Ελλάδα απαιτεί περαιτέρω αναζήτηση και εύρεση των συγκεκριμένων νόμων και διατάξεων, παρόλα αυτά έγινε μια μικρή προσπάθεια αποτύπωσης και καταγραφής κειμένων, που αφορούν τα θέματα των αδειών και των επιδομάτων ασθενείας. Επομένως τα στοιχεία που προτείνονται, για την σύσταση του πληροφοριακού υλικού της πλατφόρμας ενημέρωσης είναι ενδεικτικά. Επίσης, ήταν ενδεικτική η καταγραφή των εμποδίων και των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο, καθώς δεν έχει βρεθεί σχετική έρευνα για θέματα απασχόλησης στην Ελλάδα και τα στοιχεία προέρχονται κυρίως από το εξωτερικό ή από προφορικές πληροφορίες ασθενών. Ακόμα, απουσιάζει η προσέγγιση του θέματος από ψυχοκοινωνικής πλευράς, σχετικά με την απασχόληση κατά την διάρκεια και ύστερα από τις θεραπείες.

Επιπλέον η ενοποίηση πληροφοριών και υπηρεσιών των ασφαλιστικών ταμείων, κάτω από την ομπρέλα του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης για μισθωτούς και μη, είναι σημαντική ευκολία για τον ασφαλισμένο. Ωστόσο, πολλά ταμεία έχουν διάφορες παροχές και υπηρεσίες και επειδή χρησιμοποιούνται διαφορετικές διαδικασίες σε κάθε ταμείο, ήταν δύσκολο να αποτυπωθούν περαιτέρω παραδείγματα παροχών ασθενείας, για ορισμένα ταμεία, γι' αυτό και συλλέχθηκαν πληροφορίες από μέτριο δείγμα ασφαλιστικών φορέων. Τέλος, αναφορικά με ιατρικές πληροφορίες: α) υπάρχουν πιθανόν και άλλες κωδικοποιήσεις κατά ICD-10 σχετικά με διαγνώσεις νεοπλασιών, οι οποίες δεν έχουν σημειωθεί και β)

σχετικά με τη χρονική στιγμή που θα πρέπει να αποστέλλεται το γραπτό μήνυμα για ενημέρωση περί εργασιακών δικαιωμάτων, θα πρέπει να οριστεί από τις επιστημονικές ιατρικές εταιρίες.

Οι περιορισμοί της εν λόγω διατριβής δημιουργούν συνθήκες για συλλογή στοιχείων και έρευνα, σχετικά με την σπουδαιότητα της απασχόλησης σε εργαζόμενους ασθενείς και επιβιώσαντες από καρκίνο, τα εμπόδια αλλά και τις προοπτικές που προσφέρει.

5.3 Προτάσεις

- ➔ Πολιτική βούληση και διάθεση για επένδυση, σχεδιασμό και υλοποίηση πολιτικών και παρεμβάσεων επιστροφής στην εργασία, μετά από διάγνωση καρκίνου.
- ➔ Υιοθέτηση οδηγιών, συστάσεων και καλών πρακτικών από ευρωπαϊκές χώρες και τον EU-OSHA και προσαρμογή τους στα ελληνικά δεδομένα.
- ➔ Συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις εμπειρίες και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, από τις κοινωνικές υπηρεσίες των ογκολογικών νοσοκομείων, τους συλλόγους και τις οργανώσεις ασθενών (ΕΛΛ.Ο.Κ.).
- ➔ Περαιτέρω διεύρυνση της διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών συστημάτων στον τομέα της υγείας (ΗΔΙΚΑ, κλπ) και καθιέρωση χρήσης ενιαίου αναγνωριστικού για τους ασφαλισμένους.
- ➔ Ενσωμάτωση ολοκληρωμένων ψηφιακών υπηρεσιών στον e-ΕΦΚΑ για όλους τους ασφαλισμένους, με ομαδοποίηση της ενημέρωσης και μετάδοση σαφών πληροφοριών για τα δικαιώματα και παροχές που δικαιούνται αυτόματα.
- ➔ Περιορισμό των διαδικασιών παροχών μέσω έντυπης μορφής, για να αποφεύγεται η προσέλευση του ασθενή σε γραφεία δημόσιων υπηρεσιών .
- ➔ Ενοποίηση, απλοποίηση και ανασχεδιασμό διαδικασιών για παροχές αναρρωτικών αδειών και επιδομάτων.
- ➔ Μηχανισμός άμεσης πληροφόρησης και εκπαίδευσης προσωπικού ασφαλιστικών φορέων και γιατρών, όσον αφορά προσαρμογές των διαδικασιών σε ψηφιακή μορφή (π.χ. χορήγηση αναρρωτικής άδειας, εισηγητικός φάκελος ΚΕΠΑ, κα).

- ➔ **Εκπαίδευση ειδικών συμβούλων από το ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.**, ώστε να καταρτίσουν υπεύθυνους τμημάτων ανθρώπινου δυναμικού και εργοδότες ΜΜΕ και να υποστηρίξουν δράσεις ενημέρωσης.
- ➔ **Εναισθητοποίηση των εργαζομένων και των εργοδοτών** σε θέματα επιστροφής στην εργασία, μετά από διάγνωση καρκίνου.
- ➔ **Επέκταση των σχεδιασμένων υπηρεσιών** και σε άλλες ομάδες ανθρώπων (άτομα με αναπηρία, χρόνιες παθήσεις, κλπ), διότι μπορεί να βρίσκονται διαφορές στα σημεία αναφοράς, αλλά υπάρχουν οι ίδιες προκλήσεις.
- ➔ Προτροπή γιατρών για εγγραφή ασθενών στην **Άυλη Συνταγογράφηση**.
- ➔ **Συνεργασία φορέων για συλλογική υποβολή προτάσεων** ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων (π.χ. προγράμματα HORIZON, EU4Health, κλπ), στα πλαίσια του EU Cancer Plan 2021-2025.
- ➔ **Επανεκπαίδευση εργαζόμενων ασθενών:** Σύμφωνα με την ΕΕ: *«Η Επιτροπή θα ενισχύσει τη στήριξή της προς τα κράτη-μέλη για την προώθηση προγραμμάτων επανεκπαίδευσης και αναβάθμισης δεξιοτήτων με σκοπό να βοηθήσει τους επιζώντες από καρκίνο να επανενταχθούν στην αγορά εργασίας, με πιθανή χρηματοδοτική στήριξη από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+»* (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021). Προτείνεται κατά τη διάρκεια των θεραπειών και της αποκατάστασης να δοθεί η δυνατότητα επανεκπαίδευσης των ασθενών. Η υλοποίηση να γίνεται εξ' αποστάσεως (ασύγχρονη & σύγχρονη τηλεεκπαίδευση), το υλικό και η υποστήριξη να παρέχεται από τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης, από τα ήδη διαθέσιμα προγράμματα κατάρτισης και πιστοποίησης που υλοποιούν στα πλαίσια του ΕΠΑνΕΚ 2014-2020 και έχουν χρηματοδοτηθεί από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.
- ➔ **Χρηματοδότηση μελετών** σχετικά με την ωφέλεια εφαρμογής προγραμμάτων αποκατάστασης και ενθάρρυνσης επιστροφής στην απασχόληση.
- ➔ **Επέκταση του θεσμού της τηλεργασίας σε ασθενείς όλων τομέων απασχόλησης**, για όσο διάστημα είναι απαραίτητο, ώστε να μην χάνεται η επαφή με το εργασιακό περιβάλλον και αυτό να γίνεται **μόνο με την πιστοποίηση της νόσου κατά ICD-10 από την ΗΔΙΚΑ**, δίχως να απαιτείται η πιστοποίηση αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ.
- ➔ Παρακολούθηση και τήρηση κανονισμών για **την ασφάλεια και την προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων**.

“Σημείο αφετηρίας για την απόδοση μεγαλύτερης σημασίας στην εργασία, θα μπορούσε να αποτελέσει η προσθήκη της «συμμετοχής στην εργασία» στους δείκτες υγείας για τους ιατρούς σε επίπεδο έρευνας και πρακτικής» (EU-OSHA, 2018).

Η ασθένεια του καρκίνου πολλές φορές οδηγεί έναν άνθρωπο
σε εκτίμηση των υπάρχόντων δεδομένων ή / και
σε επαναξιολόγηση των προσδοκιών του
για τη ζωή και την απασχόλησή του.

Βιβλιογραφία

Ιστότοποι

Άλμα Ζωής - Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού, [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.almazois.gr/> [τελευταία ανάκτηση 8 Φεβρουαρίου 2021]

Βικιπαιδεία, *Πληροφοριακά συστήματα* [online]. Διαθέσιμο από: <https://el.wikipedia.org/> [τελευταία ανάκτηση 9 Φεβρουαρίου 2021]

Γαληνός, Οδηγός Φαρμάκων [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.galinos.gr/> [τελευταία ανάκτηση 1 Μαρτίου 2021]

Εθνική Ψηφιακή πύλη Ελλάδας, [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.gov.gr/> [τελευταία ανάκτηση 3 Φεβρουαρίου 2021]

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, 2011-2015. [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.anti-cancer.gr/> [τελευταία ανάκτηση 2 Μαρτίου 2021]

Εθνικό Μητρώο ΑΜΚΑ (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης), [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.amka.gr> [τελευταία ανάκτηση 11 Φεβρουαρίου 2021]

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας – ΕΟΔΥ, [online]. Διαθέσιμο από: <https://eody.gov.gr/> [τελευταία ανάκτηση 13 Μαρτίου 2021]

Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ), [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.hesmo.gr/> [τελευταία ανάκτηση 16 Φεβρουαρίου 2021]

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Ε.Ε.), [online]. Διαθέσιμο από: <https://ec.europa.eu/> [τελευταία ανάκτηση 1 Φεβρουαρίου 2021]

Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε (ΗΔΙΚΑ), [online]. Διαθέσιμο από: <http://www.idika.gr/> [τελευταία ανάκτηση 11 Φεβρουαρίου 2021]

Ηλεκτρονική συνταγογράφηση, [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.e-prescription.gr/>
[τελευταία ανάκτηση 8 Φεβρουαρίου 2021]

Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης, (eΕΦΚΑ), [online]. Διαθέσιμο από:
<https://www.efka.gov.gr> [τελευταία ανάκτηση 8 Φεβρουαρίου 2021]

Κέντρο Πληροφόρησης Εργαζομένων & Ανέργων της Γ.Σ.Ε.Ε (ΚΕΠΕΑ), [online].
Διαθέσιμο από: <https://www.kepea.gr/> [τελευταία ανάκτηση 30 Μαρτίου 2021]

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.who.int/>
[τελευταία ανάκτηση 9 Φεβρουαρίου 2021]

Πολεμικό Ναυτικό, [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.hellenicnavy.gr/> [τελευταία
ανάκτηση 27 Μαρτίου 2021]

Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, [online]. Διαθέσιμο από: <https://mindigital.gr/>
[τελευταία ανάκτηση 12 Φεβρουαρίου 2021]

BeStrong.gr - Μείνε δυνατός, [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.bestrong.org.gr/>
[τελευταία ανάκτηση 8 Φεβρουαρίου 2021]

European Cancer Patient Coalition (ECPC), [online]. Διαθέσιμο από: <https://ecpc.org/>
[τελευταία ανάκτηση 5 Ιανουαρίου 2021]

oPuce - Social Enterprise, [online]. Διαθέσιμο από: <http://www.opuce.nl> [τελευταία ανάκτηση
1 Φεβρουαρίου 2021]

Ξένη βιβλιογραφία

All.Can, (2019b). *Patient insights on cancer care: opportunities for improving efficiency - Findings from the international All.Can patient survey*. [online] Διαθέσιμο από: <https://www.all-can.org/reports/all-can-patient-survey/> [τελευταία ανάκτηση 18 Μαρτίου 2021]

Albrecht T., Kiasuwa R., Van den Bulcke M., (2017). *European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control*, CanCon135-165 [online] Διαθέσιμο από: <https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon_Guide_FINAL_Web.pdf> [τελευταία ανάκτηση 12 Απριλίου 2021]

Alleaume, C., Bendiane, M. K., Bouhnik, A. D., Rey, D., Cortaredona, S., Seror, V., & Peretti-Watel, P. (2018). Chronic neuropathic pain negatively associated with employment retention of cancer survivors: evidence from a national French survey. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 12(1), 115–126. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0650-z>

Blinder V. S., Murphy, M. M., Vahdat, L. T., Gold, H. T., De Melo-Martin, I., Hayes, M. K., Scheff, R. J., Chuang, E., Moore, A., Mazumdar, M. (2012). ‘Employment after a breast cancer diagnosis: A qualitative study of ethnically diverse Urban women’, *Journal of Community Health*, 37(4), pp. 763–772. doi: 10.1007/s10900-011-9509-9.

Blinder V., Eberle C., Patil S., Gany F., Bradley C. (2017). Women With Breast Cancer Who Work For Accommodating Employers More Likely To Retain Jobs After Treatment., *Health affairs (Project Hope)*, 36(2), 274–281. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1196>

Blinder V., Gany, F. (2020). Impact of Cancer on Employment, *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(4), 302–309. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.01856>

Braspenning I., Tamminga S., Frings-Dresen M., Leensen M., De Boer A., Tikka C., Verbeek J., Munir F., Hemming S., Amir Z., Smith L., Sharp L., Haste A., (2018). *Rehabilitation and*

return to work after cancer — instruments and practices. European Agency for Safety and Health at Work, OSHA, [online] Διαθέσιμο από: <<https://osha.europa.eu/fr/publications/rehabilitation-and-return-work-after-cancer-instruments-and-practices>> [τελευταία ανάκτηση 12 Νοεμβρίου 2020]

Crepaldi C., Barbera M., Ravelli F., Apostoli P, Naaf S. (2008). *Cancer and in General Long-Term Illnesses at Workplaces*. Brussels, Belgium: European Parliament Employment and Social Affairs Committee; [online] Διαθέσιμο από: <<https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/182582/20081022ATT40376EN.pdf>> [τελευταία ανάκτηση 5 Μαρτίου 2021]

Davies S., Hayes D., Collard, B. (2013). *Cancer's hidden price tag: Revealing the costs behind the illness*. We are Macmillan. Cancer, London:Macmillan. *Cancer Support* [online] Διαθέσιμο από:<<http://www.macmillan.org.uk/Documents/GetInvolved/Campaigns/Costofcancer/Cancers-Hidden-Price-Tag-report-England.pdf>> [τελευταία ανάκτηση 2 Απριλίου 2021]

De Angelis R, Sant M, Coleman M., Francisci S., Baili P., Pierannunzio D., Trama A., Visser O., Brenner H., Ardanaz E., Bielska-Lasota M., Engholm G., Nennecke A, Siesling S., Berrino F., Capocaccia R. (2013). Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study. *The Lancet Oncology* 2014;15(1):23–34. DOI:10.1016/S1470-2045(13)70546-1

De Lorenzo F., Apostolidis K. (2019). The European Cancer Patient Coalition and its central role in connecting stakeholders to advance patient-centric solutions in the mission on cancer. *Molecular Oncology*, Volume 13, p 653-666. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12448>

De Moor J., Coa K., Kent E., Moten C., Kobrin S., Altice C., Yabroff K. (2018). Patient and provider communication about employment following a cancer diagnosis. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 12(6), 813–820. <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0718-4>

Earle C.C., Chretien Y, Morris C, Ayanian J. Z., Keating N.L., Polgreen L. A., Wallace R., Patricia A. Ganz P.A., and C. Weeks J.C. (2010). Employment among survivors of lung cancer and colorectal cancer. *Journal of Clinical Oncology* 28:1700-1705

Giannopoulou I, Tsobanoglou G. (2020). COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), p.p.226–230. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.35>

Glare A., Nikolova T., Alickaj A., Patil S., Blinder V. (2017). Work Experiences of Patients Receiving Palliative Care at a Comprehensive Cancer Center: Exploratory Analysis. *Journal of palliative medicine*, 20(7), 770–773. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0478>

Heydarnejad MS, Hassanpour D.A., Solati D. K. (2011). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing Chemotherapy. *African Health Sciences*, 11(2): 268

Jagsi R., Abrahamse P., Lee K., Wallner L., Janz N., Hamilton A., Ward K., Morrow M., Kurian A., Friese C., Hawley S., Katz S. (2017). Treatment decisions and employment of breast cancer patients: Results of a population-based survey. *Cancer*, Volume 123(24), 4791–4799. <https://doi.org/10.1002/cncr.30959>

Jesus, T.S., Landry, M.D., Jacobs, K., (2020). A “new normal” following COVID-19 and the economic crisis: Using systems thinking to identify challenges and opportunities in disability, telework, and rehabilitation. *Work* 67, 37–46. doi:10.3233/WOR-203250

Lauzier S., Maunsell E., Drolet M., Coyle D., Hébert-Croteau N., Brisson J., Mâsse B., Abdous B., Robidoux A., Robert, J. (2008). Wage losses in the year after breast cancer: extent and determinants among Canadian women. *Journal of the National Cancer Institute*, 100(5), 321–332. <https://doi.org/10.1093/jnci/djn028>

Lawler M., Le Chevalier T., Murphy MJ., Banks I., Conte PF., De Lorenzo F., Meunier F., Pinedo HM. , Selby P., Armand JP., Barbacid M., Barzach M., Bergh J., Bode G., Cameron D., de Braud F., de Gramont A., Diehl V., Diler S., Erdem S., Fitzpatrick JM., Geissler J., Hollywood D., Højgaard L., Horgan D., Jassem J., Johnson PW., Kapitein P., Kelly J.,

Kloezen S., La Vecchia C., Löwenberg B., Oliver K., Sullivan R., Tabernero J., Van de Velde CJ., Wilking N., Wilson R., Zielinski C., zur Hausen H., Johnston PG., (2014). Ένας καταλύτης αλλαγής : Ευρωπαϊκή Διακήρυξη Δικαιωμάτων των Ασθενών με καρκίνο. European Cancer Patient Coalition. [online] Διαθέσιμο από: <<https://ellok.org/wp-content/uploads/2016/07/>> [τελευταία ανάκτηση 12 Μαρτίου 2021]

McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, et al. (1995). Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 1995;52, page:90 doi:10.1001/archpsyc.1995.03950140007002

McLennan V., Ludvik D., Chambers S., Frydenberg M., (2019). Work after prostate cancer: a systematic review, *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 13(2), 282–291. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00750-4>

Mehnert, A., De Boer A., Feuerstein, M. (2013), Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*, Volume 19, 119: 2151-2159. <https://doi.org/10.1002/cncr.28067>

Mellette S. J. (1985). The cancer patient at work. *CA: a cancer journal for clinicians*, 35(6), 360–373. <https://doi.org/10.3322/canjclin.35.6.360>

Shahidi S. (2017). Psycho-oncology: The Relationship Between Psychology, Personality and Cancer. *Cancer Genetics and Psychotherapy*, Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64550-6_1

Satin J.R., Linden W, Phillips M.J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: A Meta-Analysis. *Cancer*, Volume 115, Issue 22, <https://doi.org/10.1002/cncr.24561>

Torp S., Paraponaris A., Van Hoof E., Lindbohm M., Tamminga S., Alleaume C., Van Campenhout N., Sharp L., De Boer A. (2019). Work-Related Outcomes in Self-Employed Cancer Survivors: A European Multi-country Study. *Journal of occupational rehabilitation*, 29(2), 361–374. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9792-8>

Veenstra C., Regenbogen S., Hawley S., Abrahamse P., Banerjee M., Morris, A. (2015). Association of Paid Sick Leave With Job Retention and Financial Burden Among Working Patients With Colorectal Cancer. *JAMA*, 314(24), 2688–2690. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.12383>

World Health Organization, WHO (2011). ‘mHealth: New horizons for health through mobile technologies’, *Observatory*, 3(June), pp. 66–71. doi: 10.4258/hir.2012.18.3.231. [online] Διαθέσιμο από: <https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf> [τελευταία ανάκτηση 18 Μαρτίου 2021]

Ελληνική βιβλιογραφία

All.Can, (2018). *Βιώσιμη ογκολογική φροντίδα: Εξαλείφοντας την αναποτελεσματικότητα, βελτιώνοντας τις εκβάσεις*. [online]. Διαθέσιμο από: <https://ellok.org/wp-content/uploads/2019/02/AllCan_policyreport_GR.pdf> [τελευταία ανάκτηση 18 Μαρτίου 2021]

All.Can, (2019a). *Παρουσίαση αποτελεσμάτων για την Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ)*, Έρευνα ALL.CAN, [online]. Διαθέσιμο από: <<https://ellok.org/all-can-greece/>> [τελευταία ανάκτηση 18 Μαρτίου 2021]

Βλαχιώτη Ε., Μάτζιου Β. (2012). Ποιότητα Ζωής σε Παιδιά και Εφήβους με Κακοήθεια κατά τη Διάρκεια της Θεραπευτικής Αγωγής, *Νοσηλευτική*, τόμος 51, τεύχος 4, Αθήνα 2012, σ. 17

Γουργουλιάννη, Σ. (2017). *Τα ανθρώπινα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων ασθενών και η πρακτική εφαρμογή του νόμου*. Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(4):553-558

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2021). *Ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου: Μια νέα προσέγγιση της ΕΕ στην προσέγγιση της ΕΕ στην πρόληψη, τη θεραπεία και την περίθαλψη*. [online]. Διαθέσιμο από: <https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/IP_21_342> [τελευταία ανάκτηση 12 Απριλίου 2021]

e-νομοθεσία.gr, (2019). *Οι υποχρεώσεις του εργαζόμενου σε περίπτωση ασθένειας*. [online] Διαθέσιμο από: <https://www.e-nomothesia.gr/nomikes-plirofories/oi-yprohreoseis-toy-ergazomenoy-se-periptosi-astheneias.html>, [τελευταία ανάκτηση 1 Φεβρουαρίου 2021]

ESMO & ECPC, (2017). *Οδηγός επιβίωσης ασθενών με καρκίνο*. European Society for Medical Oncology (ESMO) and European Cancer Patient Coalition (ECPC). Brussels: ECPC

EU – OSHA, (2018). *Αποκατάσταση και επιστροφή στην εργασία μετά τον καρκίνο — εργαλεία και πρακτικές*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, [online]. Διαθέσιμο από: <<https://osha.europa.eu/el/publications/executive-summary-rehabilitation->

[and-return-work-after-cancer-instruments-and-practices/view](#)> [τελευταία ανάκτηση 12 Δεκεμβρίου 2020]

ΗΔΙΚΑ, (2019). *Πολιτική προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα*, [online] (1-2-2019). Διαθέσιμο από: http://www.idika.gr/files/policies/personal_data_protection_policy.pdf> [11 Φεβρουαρίου 2021]

ΗΔΙΚΑ, (2020). *Υποσυστήματος χορήγησης αναρρωτικών αδειών για ασφαλισμένους του ΕΦΚΑ*, [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.e-prescription.gr/shs/portal/eprescription>> [τελευταία ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2021]

Καραπούλιος Δ., Γκέτσιος Ι., Ρίζου Β., Τσικλιτάρα Α., Κωστοπούλου Σ., Μπαλοδήμου Χ., Μάργαρη Ν. (2013). Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 12, Τεύχος 4, σ. 429

Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. (2016). big data στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη – μια «πύλη εισόδου» στην υγειονομική μεταρρύθμιση και ανάπτυξη, ΧΡΟΝΟΣ, online περιοδικό με αφετηρία την Ελλάδα, τ. 35, Μάρτιος 2016, [online]. Διαθέσιμο από: <http://chronosmag.eu/index.php/big-data-ygeia.html>> [τελευταία ανάκτηση 10 Φεβρουαρίου 2021]

Μουσσάς Γ. Ι. , Καρκανιάς Α.Π. , Παπαδοπούλου Α. (2008). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο. *Περιοδικό Ψυχιατρική*, Τόμος 19, τεύχος 2, σ. 126

Μπαρδάνη, Ρ. (2017). *Έχουν κίνητρα οι επιχειρήσεις να διατηρήσουν τη θέση εργασίας προσωπικού που απουσιάζει για μακρά διαστήματα λόγω ασθένειας;* Πρακτικά 1^{ου} συνεδρίου

της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ), [online]. Διαθέσιμο από: βίντεο Youtube <<https://ellok.org/%CF%81%CE%AD%CE%BD%CE%B1-%CE%BC%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B4%CE%AC%CE%BD%CE%B7/>> [τελευταία ανάκτηση 16 Δεκεμβρίου 2020]

Νόμος 4600/2019 : *Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις*. Εθνικό Ινστιτούτο Νεοπλασιών Ν.4600, Τεύχος Α' 43/09.03.2019, [online]. Διαθέσιμο από: <<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4600-2019-phek-43a-9-3-2019.html>> [τελευταία ανάκτηση 12 Ιανουαρίου 2021]

OSHA, (2020). *COVID-19: Επιστροφή στον χώρο εργασίας – Προσαρμογή των χώρων εργασίας και προστασία των εργαζομένων*, Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, [online]. Διαθέσιμο από: <<https://osha.europa.eu/el/publications/covid-19-back-workplace-adapting-workplaces-and-protecting-workers/view>> [τελευταία ανάκτηση 3 Απριλίου 2021]

Πίπτης, Α., Σταυράκογλου, Χ., Πλατής, Χ. (2020). *Εκπαιδευτικό Υλικό «Εργαστήριο Ανάλυσης Ψηφιακών Πολιτικών»*, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, Αθήνα, [online]. Διαθέσιμο από: <https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/> [τελευταία ανάκτηση 23 Μαρτίου 2021]

Σουτζόγλου – Κοτταρίδη, Γ. (1985). «Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας: Ο καρκίνος του μαστού». *ΕΚΚΕ*, τεύχος 56, σελ. 178, <https://doi.org/10.12681/grsr.823>

Στεφανίδου Σ., Γερογιάννη Γ. (2012). Η ανάγκη της πληροφόρησης νοσηλευόμενων ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. Τόμος 1, τεύχος (1) 15-23. [online]. Διαθέσιμο από: <https://www.spnj.gr/articlefiles/volume2_issue2/223.pdf> [τελευταία ανάκτηση 3 Μαΐου 2021]

Τάγαρης, Α. (2015). EHealthForum: μονόδρομος για καλύτερη υγεία. Παρουσίαση στο στρογγυλό τραπέζι: «Στρατηγική ηλεκτρονικής υγείας και η αναγκαία μεταρρύθμιση» με θέμα: *Ανάγκη για Εθνικό Πλαίσιο Διαλειτουργικότητας*, (3-4 Δεκεμβρίου 2015), [online].

Διαθέσιμο από: <<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/ehealth-forum-2015/3720-paroysiaseis-?fdl=9224>> [τελευταία ανάκτηση 9 Φεβρουαρίου 2021]

Τσάτη, Ε., (2017). Διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία με τα εργαλεία FACT-G και HADS. Διατριβή Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης, Πανεπιστήμιο Πατρών. [online] Διαθέσιμο από: <https://nemertes.library.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/11439/6/Nemertes_Tsati%28chem%29.pdf> [τελευταία ανάκτηση 13 Μάϊου 2021]

Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, (2016). Υπουργική Απόφαση Φ.400/34/292616/Σ4753/ΦΕΚ Β 2808/06.09.2016 *Ρύθμιση των ειδών των αδειών του στρατιωτικού προσωπικού των Ενόπλων Δυνάμεων, των κατηγοριών του δικαιούμενου προσωπικού, των προϋποθέσεων, της διάρκειας, καθώς και κάθε άλλου αναγκαίου ζητήματος για τη χορήγησή τους στο στρατιωτικό προσωπικό των Ενόπλων Δυνάμεων,* [online]. Διαθέσιμο από: <<https://www.stratologia.gr/sites/default/files>> [τελευταία ανάκτηση 27 Μαρτίου 2021]

Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων, (2021). *Δημόσια ηλεκτρονική διαβούλευση για το σχέδιο νόμου «Για την Προστασία της Εργασίας – Σύσταση Ανεξάρτητης Αρχής «Επιθεώρηση Εργασίας» – Κύρωση της Σύμβασης 190 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας για την εξάλειψη της βίας και παρενόχλησης στον χώρο της εργασίας – Κύρωση της Σύμβασης 187 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας για το Πλαίσιο Προώθησης της Ασφάλειας και της Υγείας στην Εργασία – Ενσωμάτωση της Οδηγίας (ΕΕ) 2019/1158 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιουνίου 2019 για την ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της ιδιωτικής ζωής»,* [online]. Διαθέσιμο από: <<http://www.opengov.gr/minlab/?p=4977>> [τελευταία ανάκτηση 14 Μάϊου 2021]

Υπουργείο Εσωτερικών & Διοικητικής Ανασυγκρότησης, (2015). *Κώδικας Κατάστασης δημοσίων πολιτικών διοικητικών υπάλληλων και υπαλλήλων ΝΠΔΔ, Τμήμα διαρκούς κώδικα νομοθεσίας «ΡΑΠΤΑΡΧΗΣ»,* [online]. Διαθέσιμο από: <<https://www.ypes.gr/epikairopoiimenos-kodikas-ypallilon-dimosioy-n-p-d-d/>> [τελευταία ανάκτηση 22 Μαρτίου 2021]

Υπουργείο Εσωτερικών, (2020). *Μέτρα και ρυθμίσεις στο πλαίσιο της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού*. ΔΙΔΑΔ/Φ.69/126/16316, [online]. Διαθέσιμο από: [0684c064-fc16-4112-b566-12efcf88fe6b \(minfin.gr\)](https://www.minfin.gr) [τελευταία ανάκτηση 9 Φεβρουαρίου 2021]

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, (2011). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015*, [online]. Διαθέσιμο από: https://www.anti-cancer.gr/catalogue/SxedioDraasis_24selido.pdf [τελευταία ανάκτηση 8 Μαρτίου 2021]

Υπουργείο Υγείας, (2021). Κοινή Υπουργική Απόφαση Αριθμ. 9692/2021, ΦΕΚ 585/Β/12-2-2021. Σύσταση Εθνικού Μητρώου Ασθενών Παιδικής Ηλικίας με Νεοπλασματικά Νοσήματα σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 83 του ν. 4600/2019 (Α' 43), [online]. Διαθέσιμο από: <http://www.et.gr/index.php/anazitisi-fek> [τελευταία ανάκτηση 25 Φεβρουαρίου 2021]

Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, (2020). Βίβλος Ψηφιακού Μετασχηματισμού 2020-2025 (Δεκέμβριος 2020) [online]. Διαθέσιμο από: <https://mindigital.gr/> [τελευταία ανάκτηση 12 Φεβρουαρίου 2021]

Φωτοπούλου, Ε. (2019). *Σύγκριση αναρρωτικών αδειών ιδιωτικών και δημοσίων υπαλλήλων* [online] Διαθέσιμο από: <https://efotopoulou.gr/sigkrisi-anarrotikon-adion-idiotikon-ke-dimosion-ipallilon/> [τελευταία ανάκτηση 12 Μαρτίου 2021]